

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**TESIS DOCTORAL**

**Intervención quirúrgica en apendicitis**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Daniel Sánchez de Rivera y Moset**

**Madrid, 2015**

"Intervencion Quirurgica en Apendicitis"

"Intervencion quirurgica en Apendicitis"

memoria para aspirar a el grado de Doctor en  
medicina y cirugía  
en la  
Universidad de Madrid  
por


D. Daniel Sanchez de Rivera y



Diciembre - Año de 1908

# Intervención quirúrgica en Apéndice


## A manera de Prólogo

Confieso, que para mí - poco presuroso en  a especialidad determinada - ha sido un motivo serio de perplejidad la elección de tema para la Tesis Doctoral.

Mi deseo, como supongo será el de todos en parecidos o idénticos momentos - era hacer algo nuevo, fuese saliendo del "camino

Trillado", que observé en la mayoría de estos trabajos.  
Pronto me di cuenta que para finalizar mi empresa  
era necesario algo de lo mucho que me faltaba.  
Ingenio para investigar, habilidad para dar novedad  
a' el asunto, aunque de ella careciera, padres cien  
tíficos que me guiaran en su valiosa ayuda y  
mil detalles mas que en las amarguras de mi  
inutilidad juzgaba yo, como adversidades de la  
fortuna, cuando quizás eran hijas de la  
falta de mi ingenio y espíritu -



Tras los días de irrisión y desconfianza, vinieron otros  
de reacción de la voluntad. Poco a poco la clínica  
y los libros me dieron los materiales para mi  
obra que se alzaba lenta y ~~esparadamente~~ ...  
Un día en la Real Academia de Medicina oí al  
Dr. Ribera hablar de apendicitis... y el asunto de  
la intervención que excitando los ánimos y sur-  
jieron las controversias de los Académicos sobre el  
tema. Lo que faltaba para mi tesis y que

Oficialmente hubiera conseguido apesar de mis esfuerzos,  
la casualidad me lo depuso, mas vivo, de multitudines  
mas valor - nacido en el calor de las improvisaciones  
y opiniones encontradas - que lo escrito, quizá por  
cumplir, de cuatro plumas a manera de satis-  
faccion al importante que empieza -

La Clinica, los libros, tesis - revistas y discusiones, me han  
hecho formar un juicio, una opinion modestissima  
sobre la Intervencion quirurgica en la otitis y esto  
es lo que vais a leer, quizá desordenado y sumeto

por el afán de hacerlo bien y perfectamente ordenado....

A vuelta de reparos y perfiles, lo he creído digno de vuestra censura y resignado la espero

—  
dos palabras más, antes de empezar:

Las gracias sería poco, mi reconocimiento eterno para todos los que me proporcionaron en sus trabajos o su palabra científica, materiales, ideas o empujos, para una obra.


Si siguiendo la costumbre francesa hubiera de citarlos a la cabeza de este modesto trabajo, la lista sería interminable; son tantos que solo lo grande de mi sincera admiración puede alcanzarlos a todos.




I

Evolucion de mis ideas sobre  
Apendicitis

Las primeras noticias que tuve de la Apendicitis, fueron  
leídas en la Patología de Profesor Delafoy.

Aunque interno, hacía un año en el Hospital Clínico  
de San Carlos, no había visto ningún enfermo con esta  
dolencia, que se me representaba a la imaginación con  
los tristes rasgos sombríos -  Enfermo mal curado,  
pero diagnosticada y en cuya etiología figuraban la  
herencia, las diátesis, el estreñimiento y mil causas


más frecuentísimas algunas, susceptible de padecerse en todos  
los climas y en todos los momentos de la vida... y sin  
tener otro tratamiento que el quirúrgico...; cuantos  
desgraciados no aportaban todos los años a la estadis-  
tica mortuoria...!

Y pensaba que en los niños y niñas de  donde es  
imposible hacer una laparotomía, y la enfermedad  
con su apendicitis, murieron, sin hacerles nada, puesto  
que según Dilschlag el tratamiento médico no servía  
sin para perder un tiempo precioso.



Y me los imaginaba luchando con su muerte cierta, ... como aquellos pobres epilépticos se retorcian en feroces convulsiones humanas en Texas - en tiempos antiguos - abandonados a la posesión de un mal sagrado .....

Mas tarde, tuve ocasion de ver un enfermo de Apéndice citis en una sala del Hospital Provincial y mi asombro creció de punto, cuando vi que aquel pobre enfermo fatalmente predestinado a la muerte, por tratarle medicamente, abandonó el Hospital, por su pie perfectamente - Las dudas iniciadas, tomaron cuerpo.

Consulté obras y revistas, volví a tener ocasión de observar  
enfermos apendiculares y me convení de que apesar de  
la anarquía, de la espantosa confusión en el tratamiento  
de esta enfermedad, sin cielo definido, pero analoga a  
otras muchas, podia sacarse algo en limpio, guiandose  
de la Clinica -

que mucho nacia; de la confusión de  
los enfermos con las enfermedades y no poco de la sis-  
tematización adquirida, por la  gestión de nuestros  
mas o menos ilustres, pero no como todos - o

ver en sus categorías afirmativas.

Como si la providencia me inclinase a estos estudios, poco tiempo después de obtener el título de licenciado, tuve ocasión de tratar por mi misura, a  enfermos apen-  
diculares, uno de ellos muy unido a  vientos de  
sangre y carúmen hondo. Coincidía en esto la discusión  
del tema de la intervención en la Academia, sobre el que  
no era solo en mis opiniones. Todo ello pasó por delante  
me en estudiar mas el asunto y dar a conocer mis observaciones.

## Intervencionistas y Abstencionistas

Fueron las primeras palabras que oí, al tratar de bien  
hacer en los Trabajos y discusiones extranjeras, en boca  
de doctores, reconocidos como autoridades médicas mundiales.  
No debe olvidarse que hay palabras, dentro de su concisión,  
de su laconismo, que lucieran toda una doctrina - una  
gran verdad o un error profundo -

Estas, me sonaron a idea de secta, de reglas fijas pero  
no exactas; de caminos trazados con antelación a



mucha de raíces por donde forzosamente han de pasar los  
huellos. Todos y el disminuir de las inteligencias todas  
sus de ellas se rompen.

Recuerde que el medio, es un hombre en cuanto tiene que  
vivir y socializar en el medio y percibir la parte  
oscura de la teoría, del sistema - y ~~ver~~ ~~comprenderse~~ aplicarse  
los Operadores que practican las ~~operaciones~~ ~~transformaciones~~ como  
en otros tiempos la transición.....

Por ley logica inexorable habia de venir la reaccion  
Aquellos millares de infelices a quienes el abris en


viembre injustificadamente, que cerrar sus ojos para siempre a la vida, justo era que superasen en las venideras generaciones ideas de justicia, --

¿Se había parado? . Penosamente uno de los fenómenos tan frecuentes en la Historia de la Medicina.

Un descubrimiento de la Anatomía Patológica, una suposición por hechos científicos no interpretados adecuadamente y una corriente que se desbordaba en torbellinos osce, al ponerse más en contacto con la realidad social



14  
Para ir por a poco recobrando el canal primero el  
donde no debió salir -

Una satisfacción mínima no corresponde y que he de em-  
pezar - En cuanto trabajos españoles he consultado  
no he visto estas palabras de Intervención  obtenimientos

Hay hechos que retratan una colectividad -

Este, aún pasado por alto para muchos, da idea del  
Sentido Clínico, de la manera de pensar lo que es la  
enfermedad del enfermo, en la Clase Médica Española

## Temperatura y Pulso en Apendicitis

(Su valor como Indicadores de la Intervención)

Admitida la Teoría microbiana, la influencia orgánica y en particular la del órgano afecto, producen ser que la gravedad de la Apendicitis depende de una parte de la virulencia de los agentes microbianos, de otra de la resistencia general del organismo y por tratarse del apéndice como asiento principal de la dolencia - y en un grado secundario - de la disposición anatómica y condiciones fisiológicas de éste.

... y frecuencia.

Dejando a un lado las apendicitis que "de primer golpe llevan a la muerte" (Reclus) lo mas frecuente la afeccion apendicular tiene un periodo local mas o menos largo y acentuado; la reaccion <sup>histologica</sup> ~~histologica~~ en estas, tiene gran importancia.

Para decir que de las lesiones del peritonio surgen las del apendice es de donde las formas clinicas toman su caracter de pronuncia individual. Los alumnos de Ross publicaron hace algunos años obser-  
vaciones muy curiosas en este sentido, de donde sur-

Por la frase de "<sup>en Apéndice</sup> ¡el Apéndice es poca cosa y el  
peritonio casi todo!"

Ahora bien, tan peligroso comienza  
el peritonio, el apéndice todo para el organismo todo.  
Las toxinas elaboradas por los agentes microbianos, ya  
por su retención y exaltación en cavidad cerrada  
según Lichapz o por su estancamiento en un fondo de  
saco ciego - como en el Reclus) - penetran merced a  
una gran expansión en el sistema venoso y  
linfático y los síntomas que propiamente mas  
fidelmente la marcha y trastornos producidos

Por ellas y las indicaciones mas precisas para combatir  
estas son: la Temperatura y pulso y el analisis de  
la sangre - de un lado - de otro el estado del abdomen  
la facies etc etc.

De las indicaciones proporcionadas por el analisis de la sangre  
hacemos un apartado especial, de las del abdomen, facies  
etc un compendio en el capitulo de las peritonitis.

Veamos las que nos dan el pulso y la Temperatura.

En la apendicitis benigna, simple, es fatal para  
nos - fuese simple atascos, oclusion para otros (castro)  
la Temperatura y el pulso presentan debiles oscila

cirrosis - Generalmente oscilando de 37.5 a 38.5. el pulso, en general - 80 - 85 - 95 pulsaciones por minuto como máximo - En algunos casos no existe la menor alteración en la temperatura - La intervención no es necesaria.

Otro caso - Estamos frente a un ataque apendicular la peri-apendicitis ha formado sus adherencias, bariéndose por impedir la infección del peritoneo - Vuelvo el pulso - febril acelerado, pero lleno, amplio, regular en relación perfecta con la temperatura que en este caso será moderada - Examinando el vientre y palpando cuidadosamente notamos una masa

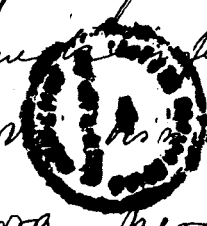


circunscrita, un plastrón mas o menos grande que  
caracteriza la localización de la infección. Nuestra  
conducta será observar atentamente, estar pronto a  
intervenir si fuera necesario, pero ~~sin~~ <sup>después</sup> la tene-  
ración y el pulso (y no demás ~~sin~~ <sup>sin</sup>) nos indi-  
quen la necesidad de la intervención. Si ~~se~~ <sup>se</sup> ~~trata~~ <sup>trata</sup> de  
proceso formidables múltiples y extensas con gran  
resonancia en el estado general est. etc. nos absten-  
dremos de intervenir prudentemente.

Se trata de peritonitis generalizada, el pulso desde

el comienzo y en sus relaciones con la gráfica termométrica no da útiles indicaciones.

En general está acelerado (de 100 pulsaciones como mínimo) al adelantado, raramente normal, retardado en algunas formas hipertóxicas y en otros casos hasta anormalmente deficiente. Si se observamos al comienzo de la crisis

peritoneal, conserva su regularidad y amplitud, pero la medida que el proceso avanza, que  se generaliza a todo el organismo sugiriendo la amplitud y el dedo que explora percibe la.




sensación de un zóbito, una duda filiforme, irregular  
y muy rápida.

Respecto a la temperatura, en los comien-  
zo y guardando relación con el pulso, se eleva de  $38.5$   
a  $39.5$  - de su marcha en relación con el pulso dependen  
- para algunos - exclusivamente las indicaciones.  
¿Puede una desviación del pulso significarse?  
Debe intervenir enseguida, la infección se generaliza.  
Jalagier dice que cuando esta discordancia se ve des-  
de el comienzo, por atenuados que sean los demás sín-  
tomas, se puede afirmar la difusión de la peritonitis.

Lo mismo puede decirse cuando en el curso de un ataque  
aparece un agudo, que haya llegado hasta la proporción  
de ver descender la temperatura rápidamente y acce-  
sarse el pulso: cuando este es pequeño, filiforme, es  
necesario intervenir inmediatamente.


La elevación de la temperatura, con pulso por rápido  
- que es el hecho inverso de disociación - no parece te-  
ner una significación tan grave. Kistner afirma  
que un cuerpo que puede haber estado un tiempo con un  
pulso por bajo de cuenta - En resumen la disoc

varia entre el pulso y la temperatura en el curso  
de una apendicitis aguda indica la tendencia de la  
infección a generalizarse. Por el contrario el paralelismo.

entre la Apendicitis o circunscritas - no solamente con  
cuerdan sino que sus oscilaciones son  debiles,  
lo generalmente de buen augurio y la mayoría  
de los casos la afección evoluciona favorablemente  
sin necesidad de intervenir.

Ahora bien, existen Apendicitis en que el pulso y


la Temperatura no nos dicen nada respecto a su  
evolución, ni aún de su estado en el momento de observarla.

Lejos de pre"se exponer a veces a  descer-  
gains, el que se fie solo del pulso

Muchas veces el porvenir y por tanto las indicaciones  
de Ueber, no pueden deducirse de las curvas del  
pulso y la Temperatura.


Mourd - Hartmann y Berger citan casos en que  
el estado del pulso y la Temperatura no tienen  
nada de alarmantes, y sin embargo los fenómenos

de intoxicación se trata de determinar la muerte de  
los enfermos -


Lancet en su tesis, señala numerosos casos de Apendicitis  
aguda donde la temperatura y el pulso marcan  
precisamente las indicaciones precursoras - Voluminosas  
excreciones supuradas, peritonitis generalizadas, ex-  
acerbación de fiebre con aceleración notable del  
pulso. Rouse cita el caso de un enfermo que  
estaba en un estado lamentable a pesar de que la  
temperatura es  $37^{\circ}$  y un pulso de 80 -  - La causa

tenné sin tinte violado.


En otros enfermos se les ve con aspecto deprimido, debiles casi con apariencias de tíficos y con temperaturas inferiores a  $38^{\circ}$  y pulso por bajo de 100.

De aquí que muchos autores como ~~Netter~~  Richetot fundándose en que la fiebre por sí sola, da en ciertos casos lugar a la indicación operativa, por reflejar estados generales que conllevaban en la temperatura ni  $38^{\circ}$  pulso, asignan a aquellas, una importancia capital. Se comprende esta importancia del

Pulso y la temperatura en ciertos casos - El periton  
inflamado - pero el que da el aviso al organismo, cuan  
do su poder defensivo no basta a contener la infección,  
cuando la difusión de los tóxicos no es tan rápida  
y profunda que imprese al corazón, los primeros  
síntomas son el dolor y los fenómenos locales -  
Cuanto veces la falta de acción de gases por el  
año, la persistencia o irradiación del dolor espontáneo  
han bastado para llevar indicaciones, cuando  
se notaban el pulso y la temperatura



---

Al ocuparnos ultimamente en el estudio de las indicaciones proporcionadas por el pulso y la temperatura no queremos decir que sean de valor <sup>absoluto</sup> ~~caso~~ ; síntomas que adquirieron definitivamente  importancia considerable por su constancia y fidelidad, no pueden desmentir en estos clinicos por pequeñas excepciones - Lo hicimos, para rebatir a aquellos que excluyeron en su sintomatología apendicular, como otros lo hacen en su terapéutica, aconsejando grandes



perjuicio a el comun estudio de la Apendicitis y  
haciendoles ver sus errores, invitarlos a entrar de  
Nuevo en la observacion clinica de apendicitis  
donde deben analizarse y medirse Todos los sin-  
tomas, base de la Indicación Terapéutica

---




## Análisis de sangre.


Indicaciones que proporciona en Apendicitis

Si fuéramos que aquilatar meritos, depurando el origen, el nacimiento verdadero de los estudios hematológicos en Apendicitis, habria que remontarse a los primeros que misieron en la utilidad del examen sanguineo, en el diagnóstico de las supuraciones abdominales y de la llamada peritonitis, hoy apendicitis, en particular, y en este sentido el merito le corresponde a Hayem que en 1889 se ocupaba preferentemente de estos estudios.

Curschmann empujaste con la gloria por ser el primero en hacer la numeración sistemática de los globos san-  
guíneos. Después los estudios sobre el asunto se han multiplicado, pudiendo citar - entre otros - los trabajos de Casim. Julliard y Pithou en Francia, Hensberg y Vansermann en Alemania y los de otros de la Jura, Papena y Milano, que entre nosotros, han hecho estudios muy interesantes.

Como en el fondo todo coincide -  - ponía el hecho ocurrido en el Congreso de Barcelona (Sept 1908)

en que comisionados para estudiar el asunto independiente, cuatro profesores de distintos paises (el Dr. ortol de la Jove en representacion de España y Sommerburg de Alemania) los cuatro Rapports, fueron casi idénticos, con ligeras variantes de apreciacion, cuando a dar idea de lo mas importante del asunto, pero no ha de servir para sentar las indicaciones en el curso de la Apendicitis.


La cifra leucocitaria , que procede de un examen unico, en general - como

como en Temperatura - no indica nada, es más que  
 de indicaciones a error. Lo quedará a este sistema  
 su valor, como sigue porvenir, de donde ha de salir  
 con el conjunto de los demás sistemas locales y gene-  
 rales, la indicación, es la Tendencia a aumento  
 o la disminución, la curva le corresponderá de una  
 palabra. Las indicaciones que el análisis del san-  
 gre nos proporciona han de estar basadas en exame-  
 nes repetidos, no solamente de la cantidad de

leucocitos, nervos y plasm. nucleares, sino tambien de los es-  
 tucos y hemoglobina.


El examen de los eosinofitos es de tal importancia que  
 su presencia - segun el Dr. Papena - es de un signo pos-  
 itivo favorable, y cuando su proporcion va au-  
 mentando puede asegurarse la resolucion favorable  
 de la enfermedad - En los casos por el momento siempre  
 que los eosinofitos se presentan, nunca tuvo lugar  
 la muerte del enfermo. La cifra de hemoglobina  
 tiene tambien gran importancia por su representacion


promueve. El Dr. Otri dice que así como el n.º de leu-  
 cito representa la cantidad de defensas en que el  
 organismo cuenta para luchar, para defenderse con-  
 tra la infección, el tanto por ciento de hemoglobina  
 - que en los análisis se valúa en centésimas - significa  
 el grado del mal que ha producido esta misma  
 infección. Teniendo esto en cuenta, nota Otri que  
 su paciente presenta una leucocitosis media de 10.600 glo-  
 bulos blancos, con 50 - 40 o 30. centésimas de hemoglo-  
 bina, solamente debe indicarnos que se trata de  
 un sujeto gravemente infectado y provisto de

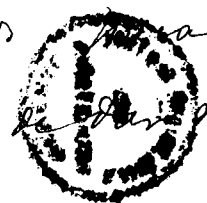
debiles defensas frente a los agentes infecciosos -  
En tales circunstancias si se trata de un proceso  
septico bien localizado y accesible a los medios quirúr-  
gicos de extirpación radical, no debe dudarse en in-  
tervenir porque con la desaparición del foco septico  
disminuyendo el factor infección y entonces la leuco-  
citosis aunque débil, puede ser ya suficiente para  
defenderse contra un enemigo menor   
En cambio en las leucocitosis de 16 a 25 mil  
blancos pero con Neutrofilia en cantidad de  
90, 80 y aun 75 por ciento - se puede esperar  
que el ataque de apendicitis - por grande que



Parerica, se enfriara por los medios no convenientes.

Otro punto que hay que tener en cuenta, es que la curva leucocitaria, mejor dicho, abarcando todo, el examen de la sangre, no está en relación o lo está muy poco en la naturaleza de la enfermedad. Juro en su variedad clínica - lo decir que tanto leucocitos como la proporción  $\chi$  de hemoglobina no nos dan diagnóstico diferencial entre ~~leucemia~~  tumor por ejemplo, pero nos indica si hay probabilidades de superación y si ya existe, si tiende a disminuir o a difundirse o a cristalizarse, que es lo

que nos interesa conocer en Apendicitis - "En una pa-  
 labra la curva leucocitaria es el testigo vigilante de  
 la lucha orgánica contra el proceso infeccioso". Gran  
 leucocitosis, nos indica agente infeccioso en gran  
 virulencia pero energías orgánicas que reaccionando  
 defienden. Escasa o nula leucocitosis, en el curso de  
 una inflamación claramente comprobada, indica  que  
 que el organismo es tan fuerte que puede vencer  
 sin leucocitosis o que el agente infeccioso es tan  
 fuerte que el organismo sucumbe antes de poder  
 defenderse (Linnbeck) Ahora bien: en una enfermedad.

Curva Apéndice de curvas indefinida, en que las  
 en que las discusiones citadas, demuestran que aun  
 no es perfectamente curvada, en que la situación  
 de los círculos, aun lo mas decididos por la in-  
 fluencia, no es siempre frente a ella, de las mas  
 claras, se comprende que la curva levemente como  
 un medio mas, unico en algunos casos  la  
 conductas ha seguir de círculos, ha de dar muy  
 valiosos resultados.

En apoyo de las ideas expuestas  
 voy a citar algunas observaciones de entre nosotros.



que lo compraban.

Observación 1ª. P. N. niña de 8 años, ingresó el 9 de Febrero de 1908 en la Clínica Quirúrgica del Dr. Ribera. El día 1º malestar y cefalalgia que la obligan a guardar cama. Ingresó Fautón por algunos dolores no muy intensos en la zona ilíaca derecha. dice la madre. fue según el médico que asistía a la niña, la fiebre era poco elevada. No hubo escalofríos. Faltan las deposiciones. Hacia un purgante y vainas. hechas las que no obra. No ha habido vómitos.

Inspección - Vientre normal. - dolor vivo y de pusa

exagerada en el punto de urac. Dimey fue deficiente  
 la exfoliación manual: parece notarse oscura y sub-  
 maner en posición derecha.

La niña no se queja y dice que son por intensos  
 los dolores espasmodicos. Pulso de tensión escasa, pero  
 de cuenta bien. Estado general satisfactorio: la  
 niña ha podido andar. Cateterismo da unos 100  
 gramos de orina de color subido.

Dieta absoluta, fomentos calientes. Observación    
 Por la tarde el pulso es mas tenso, se la da    
 en suavizada de leche pura. El día 8º orina y el 10º hace  
 dos deposiciones abundantes. Los fomentos locales van  
 reuniendo paulatinamente desde el 1º día hasta desaparecer

por completo y la enferma sale curada el día 11-

Análisis de sangre, (datos recibidos todos por el Dr. Papena)

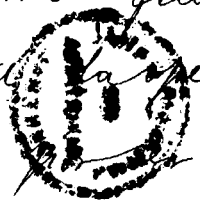
Días	Temperatura	Pulso	leucocitos	Polinu.	mononu.	Eosinofilo	Hemo.	R.
7 (mañana)	38° 1	130	28,300	80	20	1 en 500	0'90	4,550 <sub>00</sub>
7 tarde	38° 6	125	16,500					
7 noche	37° 6	117	18,500	78	32	1 en 500	0'85	
8 m.	37,6	112	21,300	72	28	3 en 500	0'85	4,640 <sub>000</sub>
8 t.	36,4	95	20,300					
9 m.	36	88	10,100	70	27	3 en 100		
9 t.	36,5	98						
10 m.	36	78	9,100	65	33	2 en 100		
10 t.	36,2	70						
11 t.	35,9	63	11,700	65	33	2 en 100		
12 m.	36	75						
13 m.	36	71	12,300	73	26	1 en 100		
15 - 7			12,500					
17 - t.			9,000					

A pesar de la cifra leucocitaria primera de 28500 que indicaba por, como la Temperatura y el pulso no eran muy alarmantes, el Dr. Ribera, aplazó la intervención para la tarde. Pero ya el 2º análisis dio 18000 y el mismo Cienfuegos fue solo por lo conveniente la intervención cuando realmente esta indicaba, como además la Temperatura y el pulso habían descendido y había presencia (en buena proporción) de eosinófilos y hemoglobina por causa de lo que dejé todos de buen pronóstico, deseché la intervención.

En la gráfica se ve que la temperatura y el pulso descendieron gradualmente, como la cifra de

Leucorrea - esta con ligeras oscilaciones de escasa importancia  
y el n° de coínocitos que aumentó, cuando la enfer-  
mista por los medios medios -

2ª observación - (Resumida, puesto que solo se trata de hacer re-  
saltar el valor de la Gpna leucorréica)


Se trata de una chica - sobrina de un antiguo discípulo  
del Dr. Ribera, que atacada de Apéndiceitis y examinada  
por un cirujano de gran renombre en la corte fue  
desahuciada juzgando completamente inútil la ope-  
ración a la que el paciente luego se negó,   
un caso gravísimo, con pulso filiforme, facies febril  
est. at.



El antiguo delirante acudió entonces al Dr. Ribera  
quien a pesar de todo, accedió en ver a la enfermita  
que estaba en un Hospital o Clínica.

Realmente el caso era gravísimo - inmediatamente hacer  
se hacer análisis de sangre al Dr. Paperna -

Si la leucocitosis hubiera sido negativa, lo que indi-  
caba una hipostoxia, hubiera desistido de la operación  
por falta de acción en el organismo.

El análisis bio químico leucocitos - había por   
ción de defensa, quizás entorpecimiento o ~~temperatura~~  
a él - Aseguró la necesidad de la intervención

ante la inminencia de los demás síntomas. El Dr. Castells (A.T.O.) con esta salvaguardia intervino y la enferma curada a muerte salvo merced de la intervención propiciada por la indicación leucotómica.

Observación 7<sup>a</sup>. Se trata de un individuo que ingresa en una sala de cirugía de San Carlos con síntomas de apendicitis aguda. Como síntomas más importantes solo vivo en el punto de mac. Perney y dolor y mac. este región. Temperatura 37.2 - pulso 60 - Cifra leucocitaria 16,000 - por la tarde 12.100 -

La temperatura sigue igual en los demás días

pero los leucocitos aumentando Mejan hasta 22000.  
 Desde el 1<sup>er</sup> día eosinofilo en cantidad de 2 por 100. Al  
 4<sup>o</sup> y 5<sup>o</sup> día las dinitomas locales van cayendo, la curva  
 leucocitaria desciende a 8.500 y el enfermo cura sin  
 intervención.

Observación 4<sup>a</sup> Se trata de una "señora" que estuvo en  
 crisis apendiculares desde el día 9 de marzo al 12 de Abril  
 del año corriente. Las Temperaturas de 38 a 38,5 <sup>se</sup> Mejan  
 tienen en esta cifra y descienden a 37. Después aumentan  
 hasta Mejan a 39 - periodos remittentes y ascensionales - 3.



De la clínica del Dr. Pagano - no fuere debida a la amabilidad de estas observaciones.

el estado local, - una gran tumefacción irregular en esa  
 úlcera sobre un dolor vivo a la presión en el punto  
 de unión. Pulso - sufriendo las mínimas oscilaciones, ex-  
 tensivas al pulso y temperatura -

La curva barométrica oscilando entre 16 y 18000, con  
 ascensos superiores hasta 22.800. para remitir por  
 el término a 9.900 en el último examen, practicado  
 pocos días antes de ser dada de alta por curación.  
 Desde el 1º examen barométrico se hallaron los ascen-

- fijos en la proporción de 1 por 200, descendiendo a  
 • por hasta uno por 160 -

Temos pues que el estado de la sangre es un recurso muy  
 útil a utilizar en Apendicitis no solo en el diagnóstico  
 sino para fundamentar - siempre que sea posible en  
 unión de los demás síntomas - las

### Indicaciones

Para tener de precisar más estas, haciendo pequeños gru-  
 pos en que puedan incluirse, la mayoría - en la  
 oportunidad de abarcar todo - lo tipo que se presentan  
 en Clínica -

1º grupo - Apendicitis ligera - Leucocitos escasa o nula

oscilando entre 8000 y 20000 leucocitos por milímetros  
cúbicos como maximum - Crisis benigna y corta  
que se resuelve favorablemente sin necesidad de inter-  
venir - Los eosinófilos y la cifra de hemoglobina, casi-  
la proporción normal -

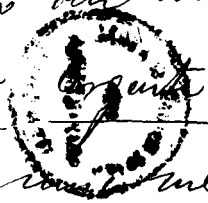
2ª Leucocitosis proclerada o en elevación considerable  
(de 20 a 25000) pero rápida - Hay eosinófilos en buena  
proporción y el tanto por ciento de hemoglobina no  
baja de 70 centésimas - Aunque la temperatura en  
fieme elevada, no debe intervenirse, pues se produ-  
ce la resolución - Ahora bien que persiste en las

cifras altas o se lleva aun más; el abceso tiende a  
defundirse - 1.<sup>a</sup> Indicación de intervenir -

3.<sup>o</sup> Tenoritis intensa y permanente; indica supuración  
que el abceso se abre espontáneamente y se pur-  
ga al exterior (por el ano,) la cifra tenoritaria  
desciende a la normal -

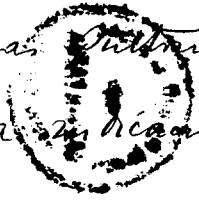
Puede ocurrir también (caso citado por Julian y Carin)  
que evacuado el abceso, la curva vuelva a ~~elevarse~~  
en estos casos hay que pensar en la ~~formación~~  
de nuevos focos o aparición de complicaciones -  
Dato decisivo para la indicación: la presencia de

eosinófilos aumentando en la cifra elevada de hemoglobina - Lo hay? el pronóstico es favorable  
 pues su proporción va aumentando - sin agravación de los temas sintomáticos - puede esperarse la resolución  
 sin necesidad de intervención quirúrgica -

Por el contrario cuando los eosinófilos faltan como ocurre en los Apéndicees gangrenados, ya no deben tener  
 crédito o exista muy elevada "la necesidad   
 de la intervención de urgencia, pues es el momento  
 de salvar al enfermo - Hay caso similar



carpo de apendicitis supuradas, no gangrenosas, en que  
 los sintomas generales y locales no responden a la llama-  
 da forma hiper toxica y que sin embargo no  
 van acompañadas de aumento leucocitario -

Estas son las llamadas por "Granite" formas anó-  
 malas que hoy por hoy no pueden explicarse, aunque  
 deban tenerse en la memoria cuando se interpretan  
 curvas leucocitarias - En estas, los demás sintomas  
 deben suplir los datos leucocitarios para la  dicación.

4. Muestritis de formas intermedias. Pueden considerarse como formas superadas pero se distinguen de estas por su evolución - la vez de la tendencia a la difusión se nota que el pus o' se resorbe o se limita y pierde toda su virulencia -

La leucocitosis en Ulas, oscila entre el límite normal y a veces superación 25.000 - que tras pasar frecuentemente, para volver descendiendo poco a poco a la normal. La intervención no es necesaria.

Por lo común se cura espontáneamente -

Apéndicitis granácula. Es la crivida presenta por  
 Sowerby con el nombre de gangrena. Los sint.  
 mas muy bien descritos por este son: hipotermia  
 orientancia entre el pulso y la temperatura, para  
 hinc completa del intestino que provoca los mismos  
 síntomas que el ileo, apatamia y decaimiento rapido  
 del organismo. La leucocitosis en estas formas no  
 da indicacion tan concreta como en los otros casos  
 pues tan pronto alcanza una cifra muy  
 como es muy baja o no existe. En ambos casos

debe intervenir; en el 1º porque la reacción leucocitaria indica lucha, defensa orgánica y podemos conseguir algo - en el 2º por si el traumatismo despertara energías, en la acción del peritoneo, tan recomendada por el Dr. Pan Martín en aquellos casos en que nada puede hacerse, y en que esto suele ser algo -

En resumen el análisis de sangre es un síndoma importantísimo de gran valor diagnóstico y indicación terapéutica: obra utilísima sería la de vulgarizar, difundir su técnica no muy

Generalizada por respuesta. Pero no hay que olvidar  
 que es solo en sentina mas, que en algunas  
 ocasiones solo y en la generalidad, en union de  
 los demas ensayados por una larga experiencia  
 nos dará la marcha a seguir en casi to  
 dos los enfermos apendiculares y en todos los  
 momentos de su evolucion



## Penitontis generalizadas apendiculares,

Hasta fecha muy reciente (1889) no se ha conocido por los  
 cirujanos esta enfermedad, que concepiaban casi siempre  
 mortal - lo de la época que pudieran llamar pre-  
 apendicular -, debido á que solo observaban las penitontis  
 por armas de fuego y punzantes y las post-operativas  
 debidas á la infección.

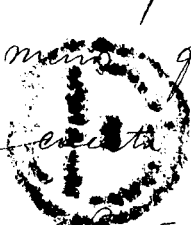
La primera observación feliz de penitontis apendicular con  
 secuencia á gangrena del apéndice fue publicada por

Berger: después Guérin y Pelaton comunican a la sociedad de cirugía otras observaciones. Pero enbargo, el escepticismo de los linzanos se sobrepuso a la primera reacción favorable. Roux (de Lonsanne) y Requier dicen que la curación es imposible y de nuevo caen las penitentes apendiculares en el seno de lo incurable.

En el año 1899 vuelve de nuevo a plantearse la cuestión oportuna del celebre trabajo de Jalaguet en el "Estado de cirugía", en que enuncia asimismo la curación la penitente purulenta. y ya las observa

casos de caso curado, hacen entrar a la penitencia en el terreno que hoy se encuentra.

Enfermedad grave, gravísima, mortal a veces, susceptible de curación en muchos casos, mortal siempre cuando se trata de la forma septicémica o hipertrófica.

Pero antes de pasar adelante hemos de hacer una observación. Conociendo la gravedad, el terror que inspiraban las penitencias apendiculares -  - más frecuentes que lo que se creía - y teniendo en cuenta la atmósfera científica de aquella época ¿fue extraño lo que fue Dilafy, clínico eminente, de palabra fácil y

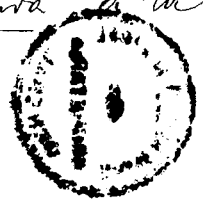




Y prueba de esta influencia sugestiva de los cuadros, es que el andar, la fièvre operaria se ve mas en aquellos que fueran sus rivales, que desfilaban por el Hotel Dieu y oyeron describir los terribles cuadros, impreso en sus lecciones, en tantas sonrientas como que se retrataba a los enfermos apendiculares sin someterlos enseguida a la in-  
tervencción.

#### Variedades de peritonitis

Las variedades de peritonitis apendiculares son muy numerosas en la imposibilidad de enumerarlas. Todas no haremos de las mas importantes. - Nela Pm ha



descrito con el nombre de peritonitis generalizada difusa  
múltiple, los absesos peritoneales extendidos a veces muy  
 extensos que rellenan la pelvis y las fosas ilíacas hasta  
 el ombligo; el pronóstico de estas peritonitis con grandes  
 exudamientos, denominadas por algunos peritonitis puru-  
 lentas peri-epiendoculares, no es mucho más grave que  
 el de las evoluciones peritoneales "si se las trata cuidadosa-  
 mente"

Sonneburg describe con el nombre de peritonitis purulenta  
generalizada progresiva, una variedad "carac-

Terminada por la presencia de falsas membranas ya débiles  
ya resistentes que unen entre si todas las vísceras"  
En esta forma enmen la anterior en emframos las  
membranas, es decir el trabajo defensivo del peritoneo  
que lucha contra la generalización de la infección y  
muchas veces la vence.

A este grupo podemos asignar  
también la variedad llamada por Jalaguier peritonitis  
generalizada en adherencias, en ella "los focos  
inflamatorios aglutinan los asas intestinales y pro-  
tegen contra la invasión de la supuración ciertos


departamentos de la cavidad abdominal: la organizacion  
de adherencias expone a la invasion septica de toda  
la cavidad abdominal, a fin en general seroso, fetido  
se acumula en la peritonea pelvis, en las fosas iliacas  
serosa tambien por los flancos: las asas intestinales son  
unidas en paquetes, cubiertas de falsas membranas de  
un color verdoso flemulentas en parte por el epiploon  
forman pared de la cavidad purulenta y el liquido  
no se infiltra entre ellas; algunas veces hay mu-  
ltas cavidades flemulentas mas o menos bien aisladas,  
las unas de las otras "

La segunda variedad adunada por Falaguer, es sin adheren-  
cias, fue substituída en peritonitis generalizada purulenta  
sin adherencias y peritonitis septica difusa, esta última  
 caracterizada por que las esas intestinales a veces apenas  
 enrojecidas, sin adherencias, nadan en un líquido turbio  
 infecto, parecido a el caldo de hueso.

Como comprendas estas dos últimas son de peritonitis  
 mucho mas grave que las anteriores, acercandose mu-  
 cho al tipo mas perfecto de peritonitis generalizada  
 y fue Picqué define como "un proceso de infección pe-  
 ritoneal sin barrera, es decir contra el cual el peritoneo

no se defiente, en pocas aras intestinales natan libremente en el pus o tambien no acompañado de secrecion purulenta en que solo se encuentra una pequena serosidad ~~pusula~~ y ninguna barrera defensiva.

Respecto a las septicemias generalizadas en asistolia abdominalia esto no hemos de referirnos: en estos casos desgraciadamente ni el medico ni el cirujano pueden hacer nada contra organismos completamente destruidos por la infeccion e intoxicacion.

Vamos a ver ahora que endiomas existen,  de hechos clinicos, que nos quedara dudar pensar en la

### Curabilidad de las peritonitis

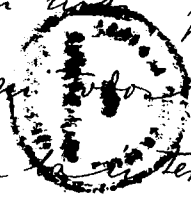
Los partidarios de la intervención precoz - una vez diagnosticada la apendicitis - acusan a los médicos de que las cifras de mortalidad en las Estadísticas estén falseadas. Es natural. Operado todo apendicitis en el momento de ataque, no morirá de Peritonitis apendicular, porque no habrá tiempo para su formación, pero morirá de ese conjunto de causas - ~~consecuencia~~ <sup>consecuencia</sup> ~~de~~ <sup>de</sup> ~~esta~~ <sup>esta</sup> ~~estadística~~ <sup>estadística</sup> ~~de las operaciones en caliente~~ <sup>de las operaciones en caliente</sup> -

No creo que deba resolverse la cuestión en ese sentido




Para nosotros tiene el mismo concepto - miraba en este terreno la cuestión - ¿fue la apendicectomía preventiva - ¿se existen apendicitis? ¿justable el apéndice a todo y no parecieran la enfermedad.

¿fue las apendicitis pueden dar lugar a peritonitis? operados en cuanto se diagnósico fuesen.

Repetimos que no es este el sentido de la medicina - ni el apéndice puede extirparse sin más miras por las razones que diremos en otro lugar, ni ~~por lo tanto~~ las apendicitis pueden ser justificables a  ~~la~~ ~~contingencia~~ ~~peritoneal~~ ~~sin~~ ~~prometo~~ a la contingencia peritoneal.

La Clínica, y el Laboratorio pues otra clínica donde se  
comprueban o corrigen las observaciones recogidas junto  
al enfermo, no dan signos suficientes para conocer  
el momento de la generalización al peritoneo y la Terapeu-  
tica, por medio de evitar que ese momento muchas  
veces y algunas, se pueda verificar esa generalización  
tan temida.

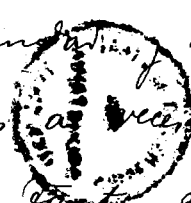
Reparando los síntomas de la Apendicitis  
tenemos hecha la enumeración de los signos.

Pulso. Temperatura - análisis de la sangre  - esca-

lipsis, dolor - vómitos - orinas. estado del abdomen

facies de individuos y todos los mil detalles mas, algunos  
difíciles de describir pero fáciles de comprobar por el ha-  
bito clínico adquirido son los juicios que han de en-  
comunicarse al diagnóstico y ordenar nuestra conducta.

#### Síntomas de las peritonitis."

El escalofrío, único probado en el dolor o pre-  
cediéndole algunos veces, tiene una importancia conside-  
rable. Aparece en las 1.<sup>as</sup> horas de la enfermedad y requiere  
interrogatorio hábil para describirlo, pues  a veces suele  
ser de pequeños escalofríos repetidos, de los que el enfermo  
cree para el enfermo como el escalofrío, bruscos, repentinos

El pulso, la temperatura y el análisis del sangre, nos dan los capitulos a los detalles.

in Tumor -

El dolor es subagudo, la "puñalada peritoneal", localizado en fossa iliaca derecha - punto de MacBurney -

El tacto vespargoso produciendo al exponer gritos verdaderos, las cubiertas de la carne no puede soportarlas - en decubito supino: poca respiración fuerte, muy fuerte por miedo a aumentarlo -

Después este dolor generalizándose disminuye a intensidad presentándose todo el abdomen doloroso a la palpación, pero con dolor distinto al inicial - No se nota el dolor lancinante, sino de un dolor difuso todo, provocado por la palpación - Kumm. asigna a esta

Generalización del dolor una gran mayoría diagnós-  
tica -

La defensa muscular, los vómitos, el estado de la face,


presentan a veces indicaciones forzosas -

McLester dice que intervino con éxito entre enfermos que  
comportaban muy ligeros de reacciones abdominales, pre-  
sentaban la "face abdominal", comprobando en los

tres casos la presencia de pus en la cavidad ab-  
dominal - En general desde el comienzo de la peri-

tonitis la cara se altera: labios deprimidos, fatigados

que en los propios a la infección se acentúan, poniéndose esa cara típica, clásica, conocida por todo y que no heus de describir aquí.

Los vómitos, al comenzar suelen ser biliosos o alimenticios, nunca feculentos, fúrgicos, parageus, <sup>sepolitos</sup> e ne ces ~~se~~ un estado nauseoso, muy molesto  ~~Barra~~ el enfermo -

El abultamiento del vientre es especial al comienzo de la peritonitis apendicular, falta el meteorismo, el vientre conserva sus dimensiones normales -

La línea existe en algunos casos de peritonitis con sep-


Tricemia capita, generalizada.

La constipación persistente se encuentra también en algunos casos, haciendo pensar en la oclusión intestinal.

Llegamos a' el punto capital de la cuestión:

¿La peritonitis puede limitarse en sus comienzos?

Una vez generalizada hay que intervenir siempre pronto y eficazmente? Puede esperarse la curación espontánea?

Para contestar estos puntos se nos permiten  hacer un breve repaso a la fisiología peritoneal, citando algunos hechos clínicos en apoyo de nuestras ideas.

El peritoneo tiene una corriente humoral viva y continua entre las capas de su serosa. La reabsorcion de un liquido de la cavidad se mezcla con este con la corriente humoral y se detiene en ella en el torrente sanguineo linfatico.

Segun Weigner los animales absorben de 3 a 8 por 100 del peso de su cuerpo, de liquido en una hora.


Las soluciones salinas son las que se absorben con mayor rapidez, pero tambien son absorbidos por el peritoneo los cuerpos solidos y solubles y las sustancias toxicas disueltas en el agua (Svald)

El aumento de los movimientos peris-



Faltan no apresura la reabsorcion y en cambio la disminucion  
con de los mismos la retarda -

Ademas de este gran poder de absorcion, tiene un enorme  
poder de transudacion, proporcionando rapidamente, cantidad  
de considerable de exudato plastico aglutinante -

Todos los cuerpos asepticos en contacto con el, son envuel-  
to por exudato fibrinoso y células procedentes de la sub-  
yerrsa - En este exudato penetran los fijos  y de  
salvo los leucocitos y conducen a la vascularizacion  
y formacion de tejido conjuntivo - Despues, la prota

Perforación de las células endoteliales, involucran al endotelio tra-  
do (Heisterberg)


Este es el modo de absorberse, por vía en las heridas, de las  
heridas, escaras gangrenosas, tubos de apendice amputado etc.  
Venos por el peritoneo, por vía de propiciados, que  
viene a ser como un medio de defensa contra las  
agudas inflamación y patógenos.

Si inyectamos en el peritoneo de un animal sanitador,  
de líquido conteniendo bacterias patógenas el peritoneo  
o las folias perfectamente, es preciso para que  
la peritonitis se produzca otra condición - que la




momentos, desdell simple espesamente hasta la casupicium  
y calupicium.

El mecanismo para Boro es el siguiente: el puma estirria  
proa propontaneamente y se hace invasivo; lo pone  
tan lo analisis de Plicking y los caso numero en  
fuese ha estado la caridad abdominal, an obstante  
haber encontrado residuo de abceso alrededor del apen  
du perorado.

Ha observado tambien la reabccion de abcesos  present  
tenian dolores, a muchos centimetros de apendice  
perorado, en plena caridad peritoneal y separados

de las asas vecinas por adherencias -

El Dr. Avelino J. Gutierrez de Buenos Aires, ha publicado unos casos muy interesantes que confirman este poder defensivo del peritonio y curación espontánea de peritonitis.

1º caso - Un enfermo con síntomas de Apendicitis desde hace 12 días - Fiebre, dolores de vientre y régimen líquido - A las tres semanas a fines de poca chaca de noche no se percibe - A los 50<sup>ros</sup> del ataque  la operación en frío - Encuentro un apéndice indurado cerca de su nacimiento y en una gran perforación

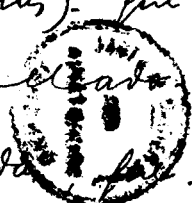
que casi no amputaba.; al nivel, una coleccion de puer  
del tamaño de una avellana escarificada - Las arde  
derivas se habian reabsorbido totalmente, de modo que  
el abceso estaba casi en plena condad pentoneal sin  
provocar ningún accidente.

2.º caso - El enfermo habia tenido cinco ataques de apen  
dicitis, el 2.º sobre todo muy fuerte, segun el enfermo  
los tres ultimos debiles y pasajeros.

Operacion en frio - Apendice acortado y ~~perforado~~ por  
cuyo orificio egresó una sonda acanalada.

En que a Tage se veri.

¿fue la perforación? Seguramente en el 2º (por los síntomas  
fueron predecibles el enfermo) fue fue el más grave y  
pues en peligro su vida - con dolor agudísimo, fiebre, vómitos  
hipertensión, gran disnea, tumor etc. etc.

3º caso. Enfermo diagnosticado de peritonitis crónica, entre  
de origen apendicular - Incisión de peritoneo - salida de  
100 gramos de pus seroso - (cuarta de adherencias) - fue  
de haber coagulado en forma de absceso por el   
dañando a las asas intestinales paralizadas  
dilatadas e inflamadas hacia el ombligo de pared.

Apertura perforada y gran

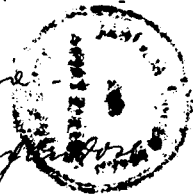
Quemado -

88

Otro caso de apendicitis con peritonitis generalizada curado sin intervencion es el siguiente publicado por el Dr. Pla en la "Paseo M<sup>a</sup> de La Habana".

Ob. Niña niña de 12 años, naturalista empobrecida y tem  
peramento linfático que en un ataque de apen  
dicitis - Fiebre de 39. Pulso 100 - dolor agudo - náuseas  
y vómitos - anorexia, vientre flaccido y duro - sensible.

Tratamiento antipéptico, quinina y analgesia.  
El dolor se hace cada vez mas agudo, propagándose  
al ombligo, vómitos mas frecuentes, meteorismo.

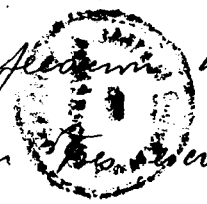




facies descompuesta y todos los signos de una peritonitis.

Vómitos incoercibles, hipo frecuente y fenumus de occlusión.  
(Belladona ferencia de Kermes Fine)

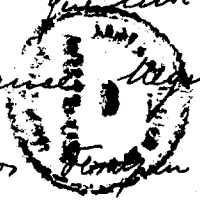
Diarrhea fetida abundante, debilitamiento pupilar por la  
suspensión de la belladona.

Seguen los signos de peritonitis generalizada, con dolores  
etc. En consulta, aumentan los medios la punción, que  
no practican por diferir uno de los consultantes en el  
litio del tumor. Al día siguiente una defecación de  
pus cremoso y abundante (200 gramos) con  transpiración.

Atos, la produce mejora notable.

Segui unos dias mas avanzando pus (hasta 700) puros) y  
entra en convalecencia seguida de completa curacion.

Atos, pues que apesar de la gravedad de las perforantes  
pueden curar algunas veces sin necesidad de la interven-  
cion quirurgica - Nuestra tendencia ha de ser - ya que

como hemos visto existen sintomas suficientes para indicar  
que la generalizacion, - evitar a todo trance.    
esta, lo que conseguimos con los recursos  
Hijos - milis - opio - reposo - inyecciones de suero est. est. pero



de todos los síntomas, no puede verse la generalización, tan clara como se ve en la laparatomía y acaso estas curaciones que se creyeron de peritonitis generalizada sean de alguna de las variedades, limitadas, perfectamente circunscritas, que no interesan ni amenazan la vida celular de la gran serosa peritoneal

---



### Reintervenciones

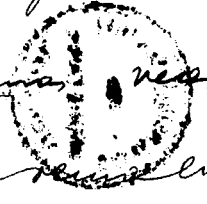
asunto interesante y que demuestra como se interviene algunas veces en Apendicitis es el que se refiere a los enfermos que operados de Apendicitis, vuelven a ser atacados nuevamente de ~~afcciones~~ apendiculares. Se interviene de nuevo y se encuentra el apendice. Leyendo estadísticas es muy frecuente ver: la paratoma etc... no se encontró el apendice. Yo no ~~he~~ <sup>he</sup> ~~encontrado~~ <sup>encontrado</sup> tan difícil hallar el apendice de 8 a 10 centímetros.



de longitud en estado normal (casi siempre de mayor volumen en los procesos patológicos) situado en la confluencia de las tres bandas apendiculares del ciego, de fijes descendente en la mayoría de los casos", y sobre todo con incisiones como se hacen hoy amplias desde la epoca Antisipérica: pero al ver esto una y otra vez y en boca de Cirujanos muy habituados a explorar Nuestras Naves a buscar de mis ideas en este punto. Un Cirujano español - el D<sup>r</sup> Ortiz de la Torre - confirmo mis



Frente mis impresiones, oportuno de <sup>un</sup> enfermo reoperado,  
 (por él, la vez primera), muy asientemente en los que  
 más recuerdo del Apéndice - Ambos habían sufrido la  
 transformación anterior por ataques apendiculares - a uno  
 de ellos le enseñaron su apéndice horas después, en el  
 otro no se había encontrado según el operador -

Esto demuestra cómo se interviene alguna  vez y  
 el espíritu de impresión relativa que ~~se~~ en  
 estos asuntos - algo análogo a lo que ocurre ya

no tanto por fortuna, con las intervenciones paucos -; dolor  
 rápido en el punto de Mac-Burney - defensa muscular. Apun-  
 tado diagnóstico y operado al momento. Hay error  
 diagnóstico, nunca el enfermo o es víctima de alguno  
 de los accidentes post-operativos y se pregunta ¿por qué  
 operó V. -? ¿se siguió hasta que reclamaran una  
 operación tan urgente, sin diagnóstico firme y de-  
 terminado? - ¿cómo no se sabe la marcha y pueden  
 sobrevenir las calmas traidoras, los accidentes terribles;  
 ; Ahora es ya de decir: las calmas traidoras, no exis-



ten nada más que para aquellos que observan  
atenta y minuciosamente la marcha de la enferme-  
dad. Lo sintoma todos.

Lo mismo podemos decir de la segunda fórmula de  
"no se halla el apéndice". Aun en las formas que  
pasan que evolucionan de modo anormal atravesando  
por paso por el recto (como en un caso reciente del Dr.  
Ortiz) siempre se halla en la estrechada del  
ciego una pequeña nudosidad mas o menos grande  
(a la vez como en los opúsculos) según el sitio por

donde se empieza la amputación del apéndice por el  
 proceso ganglionar y buscando minuciosamente de la  
 mano arriba, los restos del verme antes original de  
 las lesiones. Lo que ocurre en este caso es el  
 otro asunto apuntado, es que en los casos, se  
 hace la topografía sin gran precisión respecto  
 a su verdadera indicación. Donde se creyó hallar  
 grandes lesiones, solo se ven ligeras manchas de  
 tejido fibrinoso en vías de regresión a la nor-

96.

Realidad y el operador (no dpo lirujans - por que hay  
 mucha diferencia entre uno y otro) que no ve por par  
 te alguna lo que creyó encontrar y ante una  
 gran pelipon ordena o ordena y da por terminada  
 la operacion". El apendice escapo a una inves-  
 tigation no muy completa y alli queda para  
 producir nuevos ataques que sejan nueva <sup>razon</sup> ~~razon~~  
 que en firme el con primero -




resumen un caso de esto; la impresora munió meses despues de un nuevo ataque apendicular -

### Estadísticas

Al dedicar un pequeño capítulo a la Estadística hemos de hacer una advertencia -

Los números, no son de la mayor eficacia en medicina; cuando han sido clínicos saben lo que esto significa junto al enfermo. Pero embargo; cuando los comentes se desvían y el desorden es Universal, hace falta un libro, un aviso para advertir a las sociedades y enseñarles los peligros

de falso temores, guiarlos por el camino en  
través al de los errores, que se les presentan.

En este sentido no podemos <sup>menos</sup> de reconocer su  
utilidad. Hemos de enseñar también, que  
a pesar de nuestros deseos, de dar a este modo  
de Trabajo un sabor permanentemente racional, en  
este detalle no fue imposible.  <sup>La</sup> <sup>trascendencia</sup> <sup>de</sup>  
embargo, en materiales a fuerza, para <sup>los</sup> <sup>que</sup>  
en cifras e aquellos mismos que creyeron

Con ellas justificar su seguridad, su conveniencia  
o su monotonía operatoria.

-  
Salamanca.

Operados de peritonitis generalizada de origen  
apendicular - 25 - muertos - 20 -

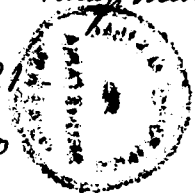
No operados  
Con peritonitis generalizada, peritonitis grave 11 - muertos - 1 -  
Con crisis apendiculares agudas - 136 - (que se descomponen)

: Curación en resolución (sin intervención) 121 -

operados en estado - 10

Curados después de evolucionar un absceso  
por el recto - 2

muertos - 3.



Vease las estadísticas Todas, habiendo pueden obtenerse  
mejores resultados, con intervención en todos ellos.

### Poirier

Operados 64 - En caliente 52 - muertos - 6.

Los demás en fin en éxito

En general sus estadísticas - dice - le dan  
promedio de mortalidad de 19 por 100




0

Walter. Operados - En caliente 23 - muertos - 8 -  
 En frío - 74 - " 0  
 En frío" 106 - " 0

Lemoir. operados 314 - En caliente 179 - " 19  
 Los demás en frío con éxito -

Michaux. " 50 - En caliente 6 — " 2  
 Los demás en frío - éxito -

Potherat 115 - En caliente — 36  11

Guinand - 164 - Operados en caliente 53 " 17  
 En frío - 111 - " 5

" después de una crisis muy ligera o por apendicitis crónica (véase el valor de las estadísticas)



L. Champurionne. operados 129. En caliente 44 muertes - 12  
 Los demás en frío en éxito

Schwartz - " 127 - En caliente - 35 " 6  
 En frío - 72 " 0

Tratados sin intervención — 14 " 0

Ferrier - operados 112 - En caliente 51 - " 8  
 En frío - 61 " 1.

Galapier (2<sup>a</sup> Filadelfia) 108 casos de apendicitis.

operados en caliente - 2 - " 2

Curados sin intervención - 101 - " 1

muertos sin ser operados " 2



Lepros - operados 112 - En caliente - 43 - muertes - 13 -  
 Los demás en frío con éxito -

Casim - " 150 - En caliente 48 - " 8  
 En frío 10 restantes - " 0

Maudot - tiene 67 casos divididos en cuatro grupos:

1º	Tratados sin intervención	34	-	muertes	-	1
2º	Operados en plumeperforantes	8	-			8
3º	" de 2º al 22 día de ataque	14	-			2
4º	En frío	9	-			0



Boca - de todas sus estadísticas se deduce una mortalidad  
 media de 16 por 100 - en las intervenciones

0


Vallas. operados - 60 -	Compensados - 8 -	mueras - 6 -
Apuntados enritados - 29 -	"	4
En fin - 23 -	"	0

Lennaber - Estadística de 611 casos operados - la mortalidad es de 20 por 100 -

Soumamburg  
Riedel  
Kerh  
Sprengel

En una estadística de 816 casos operados la mortalidad es de 20 por 100 en la intervención en caliente



En detalle se notan es que repasarando estas estadísticas  
 que son autores dividen y subdividen en variedades. (que  
 hemos suprimido por interesarse solo las cifras totales) es. que  
 los casos de accidentes graves, como la peritonitis -  
 Generalizada, Gangrena del Apéndice etc. son muchos  
 mas numerosos en las de los llamados "Intervencio-  
 nistas" - podría ser que el Tratamiento  tenga  
 una acción positiva y manifiesta para impedir la

mancha a los accidentes a la gravedad? Así  
lo ocurre y procuraremos demostrarlo en otros  
lugares -

Ahora bien: resumiendo las cifras citadas, resultan  
(aproximadamente) 700 operaciones en caliente con 160 muertos  
y 280 enfermos tratados médicamente con 6 ..


Hasta estas para ver que aparezcan de ~~habéis~~ sido  
proporcionadas por los defensores más ardientes de la in-  
tervención, que no se habían inclinado seguramente

0  
a el lado opuesto, comparados con los de no  
intervención resulta una mortalidad enorme.  
El contraste que se veía mas claro, si fuera  
posible reunir los casos aislados de cada individuo  
en que sin necesidad de intervención el proceso  
muchas veces se resolvía favorablemente.  
Estas serian las verdaderas estadísticas de patología.  
De todos modos, ante los hechos, la sociedad  
ha reaccionado como no podia menos de

suceder y ante su protesta los cingaleses se  
 han refugiado en la llamada "intervención  
 en frío" - Veamos el concepto de esta prác-  
 tica, las razones más poderosas de esta inter-  
 vención, las que inclinan a ir a los lími-  
 tes y los límites que con presente.



## Concepto de la llamada Intervención en frío. i' indicaciones.

Leiendo Trabajos o escuchando discusiones sobre Apendicitis se oye a cada momento esta palabra, que no tiene nada de todo el mismo valor por su claridad y manera de interpretarse. Cien años hay que están como intervenciones en frío las practicadas a los 40 ó 6 días de ceder los síntomas agudos de un ataque.  que extirparon el Apéndice cuando hacia meses y aun



años no había dado el menor sintoma de lesión, la denominan también con el mismo nombre y entre ambos extremos hay periodos distintos, en distintos estados del apéndice y las lesiones por el provocadas a veces, fue todos se amparan bajo el mismo tutelaje de esta palabra, verdaderamente falta de un sentido clínico claro y terminante.

Es la febril, o el estado lo que da el concepto.<sup>2</sup>  
 Paul Requier en una comunicación al XIII Congreso de Medicina, tiene a elucidarlo. Para la mayoría

operar en frío es cuando no hay inflamación, masa son-  
datoria, cuando el vientre se ha vuelto flexible  
Y esto no es suficiente como demuestra por los casos  
observados - El 1º se refiere a un joven de 19 años que  
ingresó en su clínica tres días después de haber co-  
municado con dolores en fosa ilíaca derecha - Los vo-  
mitos Temperatura, pulso, fueron al Dr. Reynier  
primero en sus convalecencias (oportunistas) prescribir el hi-  
do. opio, inyecciones de suero est. Tratamiento me-  
dio en una palabra - Mejoría notable, tanto

que a los 20 días del comienzo de sus accidentes el enfermo, sano ya, manifestó deseo de marchar a su país. El Dr. Requier, no encontrando nada de anormal en el vientre, accedió, pero insistiéndole y persuadiéndole a operarle el apéndice en fin, para que pudiera marchar tranquilo y libre de nuevos ataques.

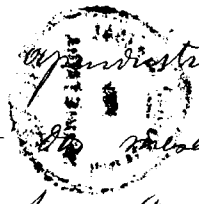
En la operación encontré un peritoneo rojo, engastinado fudaria, apéndice adherente al peritoneo parietal con un meso corto, espeso, engastinado y muy friable. Hemorragias, temperatura

que se alleva, pulso rápido y el pobre enfermo fue curado seguramente de su primer peligro apendicular, nueve y cuarenta y ocho horas después de la operación.

La 2ª observación de Dr. Reynier - demuestra - según él - que es prudente operar después de los 31 días, en los apendicitis sin pus pero con reacción peritoneal violenta desde el principio - Le Frata - resumiendo - de un caso que ingresó en el Hospital de Perpignan. Por no en síntomas apendiculares agudos. Hizo agua de viduy etc. etc. A los 30 días del comienzo de


la enfermedad Regnier le reconoce y no encuentra nada de anormal en el vientre, el enfermo está completamente restablecido de ataque.

Le deja reposar cinco días en el Hospital Garibay y le opera. Absar intestinales, vasos vasculares, apendice rojo y enquistado, friable. Hemorragias del meso que comprometen la vida del operado, que por fin salva de la operación.

Esto caso demuestra que en las formas de apendicitis con fuerte reacción peritoneal se debe esperar  por lo menos para operar verdaderamente en frío. (Regnier)

Como vemos, es asunto que merece ponerse en claro:

La intervención en fin nació como consecuencia lógica, de lo absurdo de la intervención sistemática en todos los enfermos y en todos los momentos de su enfermedad.

Los operadores, que se aplican ellos mismos - el título de intervencionistas - sin darse perfecta idea del alcance de esta palabra, han sido los primeros en ir señalando los peligros de la intervención en caliente, para recurrir en último extremo a siempre la idea de que la enfermedad es excepcional - a la llamada  intervención en frío, que tienden ya a practicar tan sin

temáticamente como antes. Lo hicimos en la operación en caliente.

Paremos revista a las opiniones de los cirujanos en este sentido y los peligros que les han inclinado hacia esta intervención, para terminar sentando las indicaciones

Jalaguier dice que todo apendice que ha sido atacado de apendicitis bien caracterizada debe ser encephalado como peligroso y conducido a la intervención. En qué época? Los numerosos casos observados le han llevado a considerar la conveniencia de usar desde el primer tipo

el tratamiento mejor. Con el los focos de localización (inflamatorios e infecciosos), los síntomas se atenuan y la crisis se termina favorablemente por la reabsorción de los exudados.

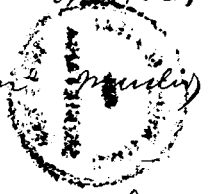
Como está que vigilando siempre el estado del enfermo para no dejarse sorprender por complicaciones o veces irreversibles.

Cada día es más optimista pues gracias a las inyecciones de suero, ha podido curar enfermos que presentaban apendicitis graves y que seguramente hubiera operado en otra época. Los peligros que



Ante para la intervención prece con lo siguientes:  
 Cuando se orea prematuramente un apendice, puede  
 verse que se producen accidentes de retención grave o  
 de uremia: es necesario no olvidar que la apendicitis  
 no siendo sino la expresión de una infección ge-  
 neral y pudiendo coincidir con otras manifestaciones  
 infecciosas gastrointestinales o hepáticas, nuestra exen-  
 to de peligro se servir por un Traumatismo ope-  
 rativo los esfuerzos que el organismo hace para desem-  
 barazarse de los agentes infecciosos. y  
 la intervención

primera hora, presenta otros peligros: se pone a veces a hacer  
 operar - por diagnósticos precipitados e inciertos - a enfermos  
 atacados de afecciones que simulan la apendicitis por  
 algunos de sus síntomas, entre otras la fiebre tifoidea  
 la gripe en localizaciones intestinales, la enter-  
 colitis que sobreviene por crisis para los mismos  
 colios hepáticos preexistentes - "Operaciones siempre inútiles  
 frecuentemente dañadas, de las que se conocen muchos  
 ejemplos" - (Salazar) La intervención en el periodo agudo



en general - no da mas que desesperar; ademas es inútil  
por las Apendicitis agudas bien evolucionadas acudir a la  
resolución (Kernison)

La operacion inmediata - Lomenting - no está indicada nada  
mas que en las apendicitis gangrenosas, en que la adhe-  
sion si existen no impide la extirpacion del proceso  
perforante y la infeccion del peritoneo - ademas, el  
tratado no está - en general - sino muy imperfectamente en  
el estado, al contrario de lo que se observa en las  
formas simples y perforantes - Estas apendicitis gan

que reclaman la intervención en las 24 primeras horas, se traducen clínicamente por cambios graves del estado general, una aceleración notable del pulso. un dolor vivísimo en la región ilio-ecial y la falta de resistencia profunda en este punto.

Hay que señalar también la imposibilidad en muchos casos de hacer el diagnóstico anatómico - aunque la forma clínica lo es todo realmente.

Alcand divide los apendicitis en ligeros - moderados y graves - en los casos ligeros no opera jamás Perride

La intervención en un pellojo, pues los errores  
 diagnósticos son muy fáciles y numerosos. En un  
 Hospital reciente de lo operado de urgencia en un ser-  
 vicio de Hospital había tres de febre tifóidea.

En las formas graves opera siempre.

Y en las medianas, los casos que dividen a los linja-  
 nos son los que evolucionan con una reacción peritoneal  
 clara, pulso frecuente y temperatura elevada. El  
 caso fue cuando son tratados metódicamente ~~no~~  
 van operados brutales. Los opera cuando después

del tratamiento medío referido no obtiene la sedación completa de los síntomas -

Berger. partidario hace meses, de la intervención en Apendicitis ha variado por completo de opinión en vista de los casos ultimamente observados -

El 1º paciente, su quinto ataque apendicular estaba muy grave. El Dr. Berger propuso la intervención inmediata. Los padres aunaron se celebrase consulta - acudieron cinco médicos y cinco cirujanos. El enfermo ~~no~~ <sup>era</sup> deprimido abundante (no dice de su naturaleza) de ~~un~~ <sup>un</sup> la ~~muñeca~~ <sup>muñeca</sup> y quince días después se hallaba completamente

curado, sin intervenir -

El 2º caso es análogo - En el 5º y 6º ataque de apendicitis y inflamación bastante grave, hizo una deposición abundante, en muchos pies - convalencia y curación

En otros dos casos, también de gravedad la apendicitis terminó por resolución - En uno de ellos después de expulsar una emulación esterilizada -

Bobroff cree que es necesario recurrir a la intervención en los casos en que el enfermo ha tenido previamente muchos ataques de apendicitis y en los intervalos, a pesar

de un régimen y tratamiento apropiados, continúa la sensación dolorosa y una induración más o menos pronunciada en la región del ciego.

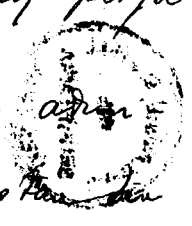
Si no hay fenómenos graves de perforación del apéndice prefiere no operar en el período agudo, esperando el momento en que la inflamación pase y las infiltraciones disminuyan - No es conveniente operar sobre tejidos inflamados, porque además de ser más difícil orientarse es muy fácil enganar una pared intestinal inflamada y por lo tanto menos resistente -

Hay que añadir que las paredes intestinales inflamadas se sejan más fácil



mente por los microbios pútridos, fuese en el Intestino, ocasionando complicaciones a la operacion -

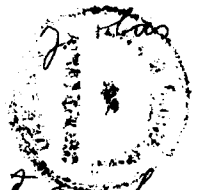
Pero no debe llevarse muy lejos la expectacion, ni desperdiciar la formacion de un foco de supuracion -

Considera al peritfalteo como uno de los medios mas eficaces para llevar a la curacion empleando - cuando no hay amenaza de perforacion - purgantes - seguidos de desinfectantes - Al opio le considera muy perjudicial - vease como aun lo mas puntos mas  admi-

tidos cientificos y practicamente en medicina como consecuencia de la primera opinion en contra, fue por fal-

ta de estos datos o mala interpretación de los fenómenos, se aparte de la verdad - Por todo esto recurrido al opio y sobre todo - citando mas al concepto - el reposo intestinal como la primera indicación para la curabilidad de estos procesos y se emprende perfectamente - pues aqui tenemos una opinión - autorizada por tratarse de un cirujano ilustre, en contra - otros consideran a la intervención de modo muy diferente - como Josseland - dice que la intervención en fin se impone aun despues de un colapso, pero

la espera de tres o cuatro meses le parece muy larga.;  
 Con tres o cuatro semanas es suficiente, salvo cuando  
 el primer ataque ha sido grave, con fiebre reacción  
 penitencial etc. etc. (y aquí viene lo importante) "Si hay  
 pues este el reaktor será más en tres meses que en  
 tres semanas y más mejor darle salida lo más  
 pronto posible? Esto es sencillamente, desmenuar el  
 verdadero concepto de la intervención en las  
 condiciones en que debe realizarse.  
 Otro punto digno de aclarar. Los hechos de transfor




mayor brisa en apendicitis graves de apendicitis en calma franca, fue el punto de apoyo principal para justificar la intervención en todas las apendicitis, aun las mas benignas, no existen; son debidos unicamente a las equivocaciones.

En estos casos se trata de apendicitis graves desde el comienzo en que las reuniones no son mas que aparentes. Un clinico experto debe reconocerlas siempre por el aspecto general del enfermo y los signos sintomas que ya hemos indicado.

Pierre Delbet uno de los

Cinjeans franceses mas discretos en el asunto de la intervencion, combaten el argumento de los interven-  
cionistas, pues la relacion de aquellos casos en que  
el enfermo muere sin haber sido operado - argumento  
que no tiene valor mientras no se demuestre al menos  
en algunos 1º que el enfermo hubiese salvado, de operar  
le 2º que los llamados oportunistas, los verdaderos  
medicos, no hubieran operado estos casos de estar en su  
mano.

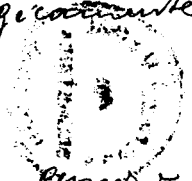
Resumiendo. las razones mas importantes  
que alegan los que ~~se~~ no partidarios de

la intervención en caliente y que les inclinan a la  
operación en frío son: en primer término la facilidad  
y frecuencia de los errores de diagnóstico: la producción  
de embolias fístulas y eventraciones consecutivas, la gra-  
vedad misma de la intervención, fue en la mayoría  
de los casos desviada la tendencia defensiva del organiz-  
mo contra la infección, las cifras llevadas de mor-  
talidad en las estadísticas y sobre todo las curaciones  
completas, definitivas conseguidas muchas veces   
tratamiento médico en uno y con la intervención en  
frío en otros, de resultados admirables comparada con la otra.

Respecto a los errores de diagnóstico punto es que en Apéndice merece tenerse en cuenta. Para demostrar que existen y variados, citaremos unos cuantos tomados de la literatura médica.

Observ. 1ª. Girard médico militar presenta una comunicación a la Sociedad de Ginecología de Lyon. Se trata de un individuo que había tenido dos o tres crisis con todos los síntomas de Apéndice. Practicada la operación se encontró un Apéndice sano - macroscópica e histológicamente, sin ninguna lesión de seriedad.

Observ. 2ª Braquehaye (de Huni) presenta un caso muy curioso



al Compreso francés de cirugía".

Se trata de un niño que presentaba un dolor vivo en  
 el epigastrio, en el punto de Mac Burney, constipación, me-  
 teorismo, 38.6 de temperatura y pulso a 112. Practicada  
 la operación no encontramos pero dejó un drenaje en el  
 abdomen y algunos días después por el orificio del dren  
 se evacuó un gran hematoma que la exploración  
 digital mostró ser retro peritoneal. El caso después  
 fue según el autor era inevitable; sin embargo  
 la fermentación general no estaba en relación con el  
 enorme epigastrio del abdomen. Además en



purgante administrado intempestivamente al 3<sup>er</sup> día  
no había producido ninguna agravación del pulso,  
de la Temperatura, ni del estado general, lo cual  
debí hacer pensar, lo fue distinta desvaneciendo el em:

Observación 2<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup>. El Dr. Richelot refiere dos casos de  
esta índole. El 1<sup>o</sup> es una joven de 19 años diagnós-  
ticada de Apendicitis Tuberculosa. Operación y examen  
microscópico. Se notaba de unepiteliume tubular del ciego.  
El otro era un Neuropata que presentaba ~~todo~~ <sup>los</sup> ~~los~~ <sup>los</sup>  
los síntomas de la Apendicitis de ~~de~~ <sup>de</sup> ~~de~~ <sup>de</sup>  
rotación. No se halló la menor lesión del ciego ni del

apendice -

Dr. Villard en la Sociedad de Ginecología de Lyon se ha ocupado también de las dificultades que existen en el diagnóstico de la apendicitis en las supuraciones anexasiales. Los errores que se cometen en este sentido -

Como la trompa y el apéndice pueden fijarse en posición anormal por las adherencias; sobreviene una infección en el curso del embarazo y puede fijarse la trompa definitivamente en la posición elevada que ocupaba en aquellos momentos y si supera el abceso puede tener todos los caracteres de una apendicitis - Guinand en sus estudios en la casa Dubois

ha comprobado y publicado errores muy comunes.

Y por último todos los cirujanos están empeñados en la facilidad de estos errores.

El 2º peligro es el de la producción de embolias y flebitis. Palapies ha presentado algunas observaciones de esta índole. Fue en fecha reciente sobre heridas en enfermos operados de apendicitis.

El 1º es un niño de 6 años, operado al septimo día de ataque - muy poco después murió de repente sin motivo, de una embolia. Tras de esto observo otro caso de embolia pulmonar en una amigdalitis operada al 13.

tra del comienzo de la apendicitis - y el último fue en un operado en declinación, que tuvo una embolia típica de pulmón derecho.

Jüffier - Guinand y Rouvier, señalaban también casos de embolias y flebitis de las femorales.

Respecto a las fistulas y enterofistulas, pocos serán los cirujanos que no hayan tenido ocasión de operar algunos casos. Refiriéndome a uno de los nuestros (el Dr. Ribera) solo en una comunicación presentada al Congreso de Roma, de cinco casos, dos eran, dos de fistula y otro de enterofistula, consecutivos a apendicitis.

Ahora bien: la intervención en fin está admitida por casi todos los medios y cirujanos. Es tan insegura como ocurre la mayoría?

A falta de otras estadísticas hay que recurrir a las personales - individuales. mejor dicho, fue deficiente y todo no dan idea de su importancia

{	Damaye - en 181 operados. en fin - tuvo 3 muertos
	Breves - en 18 " " " 1 muerto
	Gumant - en 111 - " " " 5 muertos

Luego la reseña del apéndice nos es tan insegura como vulgarmente se cree - aun operando verdaderamente

mente en fin. lo que se hace pocas veces.

Y decimos pocas veces, porque si hemos de entender por  
intervención en fin, cuando el estado de apendice y  
las lesiones provocadas, han vuelto a la esterilidad  
a la falta de acción patógena, pocas veces, muy  
pocas se espera por los linfáticos llegase al momento.  
Ahora bien, si por operar en fin se entiende, en seguida  
de cesar la agudización, de ~~degradarse~~ <sup>atenuarse</sup>  
los síntomas alarmantes, entonces con el entorno que  
ocurre, seguirán operándose los apendicitis, tanto  
caliente y con los misimos resultados que antes de

esta reaccion, aunque sea en nombre distinto al que se trate de justificar este sistema.

Jampos es cuestion de minutos, de fechas, esta intervencion - enfermos hay en crisis benignisimas que a los 15 a los 20 dias estaran verdaderamente en condiciones de ser operados en frio. En cambio cuando ha habido fiebre, reaccion peritoneal, exudados, no podria esperarse esto, hasta pasado mucho tiempo, quizá mas del necesario si la operacion esta indicada, aunque desde ahora podemos adelantar que tratandose de 1<sup>er</sup> ataque, cuanto mas fuerte ha sido, quizá

con perforación del apéndice, habiendo salvado el riesgo  
primero sin intervención - puede muy bien - hablando  
en general - pasarse sin intervención en fin - El peni-  
tente se encarga de realizar la obra del cirujano  
con menor peligro para el organismo y si llegara un  
momento en que no pudiera terminarla - podría temerle  
para que el médico experto venga entonces en su ayuda como  
siempre es conveniente -

Las indicaciones de la intervención en fin han de basarse  
en hechos clínicos de una parte, de índole difusa, cir-  
cunstancial en otra -

El proverbio americano



once appendicitis, always appendicitis. (donde hubo apendicitis una vez, la habrá siempre). en las enfermedades que de él se deducen no podemos aceptarlas.

con ser tan frecuente en España se conocen muchos casos de curaciones medias definitivas.

Los hechos clínicos son: intensidad del ataque sufrido - evolución ulterior - estado de las lesiones - frecuencia de los ataques - si hubo mas de uno - y causas que los provocan. Y es conveniente tener presente el factor etiológico por que en algunos, él solo basta para fundamentar la juridicción. Individuos en ligeros ataques de apendicitis

pero repetido a la menor causa, por escasa que sea la intensidad de su operación: seguramente por entidades hereditarias o adquiridas en la primera infancia, es anormal en su disposición anatómica suya en su mal conocida función fisiológica, o en sus relaciones con los demás órganos vecinos.

Recuerdo apropiado de este caso: Una mujer de 27 años operada por el Dr. Riera: tenía ataques frecuentes por las menores e insignificantes causas - la operación demostró que el extremo libre del apéndice unido en el íleon, explicándose entonces los continuos

Frastuinos - El otro, era un joven que a cada momento  
 sufría dolores típicos apendiculares, de escasa intensidad los  
 primeros pero repitiéndose muy brevemente. Los médicos y  
 cirujanos que lo veían en diferentes épocas, no daban impor-  
 tancia ninguna, ni le indicaron operación. El reposo tas-  
 taba en la mayoría de los casos para curarlo.  
 El último médico que lo vio, al saber de ser pro-partidario  
 de la intervención, se lo aconsejó inmediatamente, cuando  
 en los antecedentes había que el padre del enfermo y cinco  
 hermanos habían sido operados del apéndice y el tío

la infinidad de ataques aunque benignos.

En la operación se encontró un apéndice anormal de gran tamaño y abultado ligeramente cerca de su base de implantación. Las molestias no volvieron a presentarse en el enfermo. Fue hoy está perfectamente.

Evolución y estado de las lesiones. Un enfermo ha tenido un ataque de apendicitis y aun sin ser grave, han pasado ya tres meses y se nota ligero empastamiento en la región, la presión, aunque sea débil; ~~acusa dolor~~; este individuo debe ser operado, pues seguramente entre las aparentes curas se oculta fuego. Que

puede extenderse a la menor causa.

La frecuencia: cuando nos es en el sentido ha que antes  
me referia, nos indicacion de intervenir - mas claro.  
El haber padecido dos veces de Apendice es para algu-  
nos frecuencia, que la exige - no lo ocurre.

En uno de los casos por un observador, el ataque (recida  
separadamente) se repetio al mes. Pero hay que tener en  
cuenta que la enfermedad sufrio un enfriamiento y  
ademas habia ~~notando~~ no se fue atendida.  
Desde entonces y hace mas de un año - con el regimen  
apropiado - no ha ~~podido~~ ha sentir la menor molestia -

La Intemperancia. Es muy digna de tenerse en cuenta -  
 Aunque primario - primario - pero seguido de curación  
completa, en quell examen detenido no da el menor  
 vestigio de lo pasado, lo nuestro juicio no debe ope-  
 rarse - Pues aun cuando haya habido perforación del  
 apéndice, es una seguridad mas - pasado algunos me-  
 ses sin el menor trastorno, para no tener que tener  
 nada por este lado en lo sucesivo -

Los de Indole social, se refieren a el que de vita  
 del individuo, tanto cuando no pueda atender a  
 las reglas mejoras que le deben para evitar mucho

ataques, como estar expuesto a ellos.

Así en aquellos que sus medios económicos o su vida activa voluntaria, no les abone la seguridad de cumplir regimenes, que están en contingencia de ser sorprendidos nuevamente por la afección, quizá puede no pueda practicarse la indicación conveniente, debemos inclinarnos, si no se trata de un primer o 2º ligero ataque, a la intervención plástica del apéndice. El criterio último del médico, en vista de las indicaciones enumeradas - en cada caso sabrá justificarlas juzgando en arreglo a su juicio formado.

## Apéndice crónica

### Concepto e indicaciones

En los trabajos sobre Apéndice crónica, se nota una confusión, debida a un englobamiento en esta palabra de los estados crónicos apendiculares y la Apéndice crónica secundaria a las crisis agudas, recaídas y recidivas - Por otro al hablar ahora de apéndice crónica nos referiremos solamente a los estados crónicos apendiculares caracterizados por su evolución lenta, crónica, obscura, de sintomatología escasa y poco típica - pero desprovista



por completo de crisis.

### Estados crónicos apendiculares

Clases que datando el crecimiento clínico de la Apendicitis aguda de fecha relativamente reciente, el estado crónico en la casa y en la familia había de pasar una gran parte de su vida, máxime cuando el amor de los médicos se dirigía - del lado de la familia derecha - a observar lo ruidoso, lo que pudiera hacer al apendicejista digno de su intervención - y como en la placa de gelatina

de impresión de fuertes y duras líneas y lo finísimo e interesante escapa a su fijación, así pasó desapercibido mucho tiempo el estado curioso. apendicular entre los clivios.

Drum" en 1887 fue el primero en publicar algunas observaciones sobre Apendicitis ceca. Al año siguiente Walter y una parte Covald presentaron comunicaciones sobre este asunto. Después los estudios se incluyeron mas en este sentido, sobre todo desde los avances fisiológicos anales en Ginecología y ya se va conociendo algo mas esta afección fue parata descubierta.

Los síntomas mas importantes que pueden darse para la intervención son: de un lado el dolor, de otro los trastornos en el aparato digestivo.

El dolor pocas veces espontáneo no suele ser constante mas bien refieren los enfermos la sensacion a un peso, tension, una incomodidad, que las fatigas, enfriamientos, esfuerzos violentos a veces convierten en verdadero dolor agudo y punso. Generalmente se localiza en la epigastria

en la epigastria, pero no guarda una fija tñ constante en su ubicacion en punto Mac-Burney. como a de

las Apendicitis agudas.

Iradiándose por todo el abdomen y aun refiriéndose al  
genas veces los enfermos a' el lado izquierdo, despierta  
al clínico por observador, que no investiga con el  
Intenoyatoris y exploración, su localización primitiva  
y el punto maximum de intensidad.

Estas molestias apendiculares, iradiándose a Hígado  
vión. Utero. Testículos, hacen difícil a' veces su ver  
cadero origen. asociada a' ellas los enfermos dicen que  
hase de la sensación de boma en el epigastrio y ma  
nifestar aversión por determinados alimentos.

Hay Fauskin

a veces náuseas y vómitos, estos sobre todo muy frecuentes en los niños, que se atribuyen a exceso de la alimentación, bote de los dientes, en infecciones gástricas secundarias etc. etc.

Estos trastornos repercuten sobre el estado general y la fatiga, las neurosis, la atonía del ciego, las estancias gástricas intestinales por la brida apendicular (Bonnetburg) el estreñimiento peritineal y rebelde, el estancamiento del Intestino grueso, la caquexia intestinal y la tuberculosis peritoneal, pueden ser aunque raras las complicaciones de la Apendicitis crónica (Salviard)

Walter cree que la Apendicitis crónica, está caracterizada principalmente por estos trastornos digestivos, que deben ser atribuidos a muchas causas.

La primera y la más importante, es la infección sostenida por la foliuntitis, infección que se propaga directamente al intestino, pero que también lo hace por vía linfática: se traduce clínicamente por la intolerancia de algunos alimentos, por que antes nos aperiamos, por un triste estado característico, por pequeños ataques de congestión hepática y por la pérdida de fuerzas.

En otros muchos de casos los cambios digestivos son debidos a la persistencia del dolor y por ultimo en un 2º grupo, son debidos a la existencia de adherencias epiploicas, adherencias que Walther ha mencionado 18 veces en 83 casos.

Cuando son antiguas pueden provocar acodaduras del intestino, en los casos torcos consiguen fijos.

La ablacion del apendice hace verse a parecer los casos torcos de los dos primeros grupos - en el 2º hay necesidad de extirpar todo el epiploon adherente - Rasoul, fundandose en la dificultad de en-

En un solo tipo los variados que se observan en la clínica  
los divide en tres grupos.

En el 1º de tipo doloroso, estaban todas aquellas formas  
con dolor constante o pasajero, sordo o violento, asociado  
o no a la sensación de hama epigástrica y en las  
irradiaciones ya citadas.

En el 2º, tipo dispeptico entraban aquellas con predomi-  
nio en los trastornos dispepticos ya gastrosintestinales.  
En estas se reconoce al enfermo y se piensa  
en gastritis, distensiones del estomago, enteritis, gastroal-  
gias, enteralgias etc. y se olvida la Apendicitis. El Pro.



Siempre median fuese sintoma mejor o no los trastornos, de los que no se ve libre a enfermos sino de la opera.

Y en el 3º tipo nervioso - se agruparían los de predominio en fenómenos reflejos - dolores exagerados en localizaciones múltiples, síntomas que hacen pensar en la peritonitis generalizada (Rendu)

Tratar de precisar aquí el diagnóstico que es detallado diferencial en las demás afecciones que quedan en duda y se confunde, equivale a tener que separar la patología abdominal entera -

Las lesiones que producen esos trastornos y que se encuentran en la operación no son siempre las mismas: tan pronto son lesiones de Apéndice crónica (romboides en la forma y situación del apéndice, atrofía e hipertrofia, apéndice en reloj de arena, con estrecheces, de la Tercera et.º como pequeñas bridas del meso apéndice, estasis fecales etc. = ~~A~~ Los errores proporcionalados por su escasa anatomía son muy frecuentes.

Gurinaud ha publicado algunos muy curiosos que no podemos resistir a pasar en silencio. En un caso de

Ella se trataba de una señora en dolores al vientre. Se  
 trató primero por enfermedad del Estómago - por colica  
 después - Mas tarde se la diagnosticó un  
 fibroma a el que se cargaron en cuenta las moles-  
 tias - Se la operó, pero los dolores del Vientre no  
 desaparecieron - Removida nuevamente de la apreciación  
 una hernia Ovaral - ; Esta sin duda era la causa  
 de las molestias - Nuevo error, hasta fue diagnosti-  
 cada por Guinard de apendicitis crónica, se la extirpó  
 el apéndice y desaparecieron los dolores -

La enfusim en las salpingitis derechos es tambien muy frecuente; cuando no se trata de salpingitis sobre los antecedentes jenuales de la enferma no dan la clave del diagnostico.

Por ultimo, el oiron movil, los fibromas uterinos, quistes del ovario, colitis mucosa membranosa, tuberculosis y colitis calculosa pueden confundirse con lo que hace un analisis detenido de los sintomas - En el estado cronico apendicular -

Ahora bien, diagnostica una apendicitis cronica

cual será nuestra conducta?

La mayoría por no decir todos los Cincopuros que hablan de esta cuestión se muestran partidarios de la abstención del apéndice.

Difícil en cambio. Apostol en otros tiempos de la intervención, dice que la apendicitis era como una <sup>cuerpo</sup> ~~estorbo~~ la trompa de los tapices reaparece en permeabilidad.

Blas. Sutton y los que empujan la apendicitis con la angina amigdalina, seguramente serán partidarios de la intervención.

Yo creo que en este asunto

como en el de la Apendicitis aguda no se puede ser abso-  
 luto. Diagnosticada una apendicitis crónica, debe someterse  
 al enfermo a un Tratamiento ordenado y si-  
 emil los síntomas y molestias desaparecen por com-  
pleto, no hay para qué pensar en Intervención.  
 Por el contrario, si se trata de un individuo con molestias  
 continuas, que se agavanan agravando el estado  
 general a la menor causa, en estos casos ~~persisten~~  
 y un tratamiento médico apropiado (combatir el  
 estreñimiento si existe, régimen alimenticio dehl, etc)

ción o supresión de ellos - según la indicación particular  
de cada caso) y si momentáneamente se consigue la  
mejoría o desaparición de los síntomas, para repetir  
de al poco tiempo, la intervención quirúrgica en-  
tonces se impone, para evitar vengan los terribles  
complicaciones.



Estado actual de la cuestión en España 6  
opiniones autorizadas y ligera crítica de algunas de ellas

Hechos creído conveniente dedicar atención preferente a este punto ensagrandole un capítulo. que alarga este trabajo mas alla de los limites que hubiéramos deseado. Del lado de las opiniones de los Académicos" figuran otras no menos autorizadas, que hemos conseguido para completar este capítulo.

En cuanto a su segunda parte no limitáremos a hacer una crítica ligera de las ideas que no concuerdan con las nuestras. Prescindiendo de ello, en los que hay conformidad o falta de precisión en el asunto, por estar expuesto en concepto muy general.




Dr. Pau Martí. Si en España no se opera. Tanto como de debera. a los enfermos de Apéndice, es por que la apendicetomia es una operacion seria, formal y estora } en estas condiciones hay que tener en cuenta la situacion de las familias y el exorbitante sueldo que se hace de los Panatarios, con lo cual se les atona. Haciendose eso de las manifestaciones de algunos medicos, de que las operaciones en apéndice van disminuyendo.

quinto, cita un trabajo en contra de medio maxilar, en el que se demuestra que en la aldea de Heidelberg, clínica de lob, el número de operaciones va aumentando.

Entre puntos principales destacan dos afirmaciones  
 1° que la apendicitis carece de tratamiento quirúrgico  
 2° que debería considerarse como una afección puramente quirúrgica (aunque pudiera practicarse por los mismos medios)  
 3° que las estadísticas deben interpretarse con un

Criterio mas selectivo que individual

Sin desear sino que aumente el n.º de apendicectomías, sino evitar que mueran los enfermos de apendicitis, sin haberlos sometido a la operacion - desde el momento que hay la probabilidad de salvar vivos, tres de los enfermos que los medios consideran en France se mueren, basta para justificar que se opera a los 95 por ciento restantes -   
La apendicitis ha de estudiarse bien y para

Ellos hacen falta estadísticas, que mal pueden hacerse  
hoy, cuando esta enfermedad no figura en el boletín  
de los países -

Da gran influencia a los elementos que el Estado con  
plimentarios al cuerpo clínico, es decir los externos  
a lo verdaderamente científico del trabajo (preocupacio-  
nes de las familias - falta de condiciones adecuadas  
en momentos oportunos para poder realizar una  
operación, ejemplos de conjunciones etc. etc.)

que dan por resultado muchas veces, obrar en contra  
operar de las más íntimas convicciones -

El asunto de la intervención, interesante por lo mismo,  
 no puede resolverse en un sistema individualista, sino  
 en un sistema colectivista. Así a los que conside-  
 ran que de cien operaciones por apendicitis, apenas  
 son superfluas 95. Hay que oponer, que si este  
 sistema, puede parecer lógico en la clínica,

no lo es fuera de ella: si a una familia se le dice que el individuo afecto de apendicitis puede ser de este cinco por ciento de mortalidad y que sin embargo podría salvarse con la operación indudablemente votará por ella, estableciendo un criterio -



Si siquiera se conoce el apéndice, al que en nuestros de Dr. Martín Rolón, Manabá la acciénta

porque situado en un fondo del intestino viene  
 allí su contenido, pero acompañado de leucocitos.  
 Recogiendo la afirmación de los que comparan a la  
 apendicitis con la angina, creí no puede establecerse  
 analogía entre el curso del tratamiento de una  
 frotia - la compara mas bien a la osteomielitis  
 infecciosa aguda - Refus de los miembros e  
 ban los francos o diversos de los huesos, como la

denominaban los linjams españoles del siglo XVII -  
 Y enji aun, la comparacion cabe con la hernia,  
 porque la naturaleza ha fluido que herniar el fondo  
 del ciego, y el estrechamiento del ciego, ha producido  
 una hernia igual a la intestinal; hernia de las  
 llamadas de pellero de las que se van formando  
 poco a poco - Las paredes intestinales herniadas se



estrangulan y se producen trastornos de la circulación  
 que sobreviene la gangrena misma. Esto ni  
 mas ni menos es lo que ocurre según el Dr.  
 Van Martin en la apendicitis.

En resumen el cree que  
 la cirugía puede admitirse; y una vez admitida  
 no hay que decir nada en cuanto a la conducta  
 propia: la intervención se impone.

D<sup>r</sup> Ribera y Sanz.

En la apendicitis aguda hay indicaciones precisas para intervenir: cuando hay adherencias, gangrena perforación o frotamiento del apéndice, cuando hay inflamación peritoneal, pero en uno caso se dirige a peritonitis y en otro a una enteritis; pero en estas indicaciones no se resuelve el problema, sino q. hay que investigar cómo

puede hacerse el diagnóstico en estos casos -

La supuración es otra de las indicaciones de intervención, hay que buscar el pus donde se encuentre pues si bien es cierto que pueden llevarse a escondidas con abceso, la regla es que el abceso tienda a crecer y extenderse hacia afuera -

Y en los casos dudosos de verdadera perplejidad para el médico es donde tiene mas importancia la

177  
curva leucocitaria. fue en hay fue confundir en un  
análisis de sangre aislado.

Leucocitos en cantidad de 20 a 24000, persistiendo en  
tres o mas observaciones practicadas en el intervalo  
de algunas horas, es señal de que existe per-  
lu cruento a la intervención, cuando hay per-  
foración los síntomas son tan claros que se  
admira puedan pasar inadvertidos. Hay una

complicacion grave que solo ha visto en un caso;  
 la infeccion peritonial o peritonis: despues de un  
 segundo ataque de esta no hay mas que dejar  
 morir al enfermo o intervenir por si se cano.

En las apendicitis simples que curan por resolu-  
 cion no interviene - y respecto a las peritonitis  
 agudas hay que intervenir - segun el - en cuanto se diagnostican -

pues si en las estadísticas de Kimmel hay  
un 92 por 100 de mortalidad, hay que pre-  
cisar salvar - exponiéndose - a ese 8 por 100 res-  
tante - Caei por último que hay indicaciones  
para intervenir y medios para diagnosticar  
estas indicaciones -



2º Cas. Pro.


La falta de estadísticas serias, extensas de verda-  
doso valor clínico y la confusión que reina  
respecto a: el papel de apendice y el abceso,  
hacen difícil hoy por hoy establecer reglas fijas  
en el asunto de la Intervención.

Por añadidura a: esto, el fanatismo de operar  
siempre en unos, y el abstenerse siempre

se otros - se comprendería la verdadera anarquie <sup>181</sup>  
que viene y lo difícil fue para el que  
empieza y se encuentra ante un caso de  
apendicitis, su situación, su conducta terapéutica -  
Huyendo de ambos extremos, en los casos - bastan  
te en número - por el observador, su conducta  
ha sido siempre guiada por el enfermo, por  
todos los síntomas y ninguno determinado, ab-



funcionando en unos e interviniendo en otros, cuando las circunstancias el momento operativos estube a su juicio indicado.

Respecto a las penitencias, así que su proporción de mortalidad, de gravedad, avanza en la etapa de su periodo de cumplimiento - debido a la influencia de ese algo verdaderamente desconocido  llamada función compensadora, análoga a la

que se produce en el Hígado, cuando este que  
hace entrar al peritoneo con la infección y  
a traumatismo operatorio en los momentos y  
aun la misma infección si existe, sea  
blanda, mientras que en peritoneo sano, como  
sucede en las peritonitis traumáticas y las produ-  
cidas por la llamada "laparotomía exploratoria".

Sean mas graves, mas tales en mayor proporción  
de caso.

En resumen fue las comientes deben dirigirse en  
el sentido clinico - de donde se apartaron -  
fueron de donde saldrán las verdaderas indi-  
caciones -



21<sup>a</sup> Gueda.

no está conforme con el criterio Sistemático de operar siempre, en todos los enfermos y en todos los momentos. Los síntomas todos, generales y locales, son los que han de servir para intervenir o abstenerse, pero entre todos hay tres que merecen especial importancia y que a veces bastan para sentar las Indicaciones: estos tres síntomas son la *temperatura*.

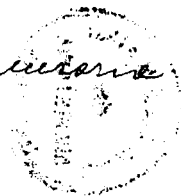
el pulso y la curva leucocitaria.

Divide las apendicitis en cuatro grupos:-

1º Apendicitis benigna, llamada también simple -

Temperatura de  $37$  a  $38.5$  - leucocitosis débil y elevándose gradualmente, autolisis local de intensidad escasa.

Tratamiento médico, la intervención es innecesaria.



187

2º Tipo. Apendicitis mas intensa. Temperatura osci-  
lando entre 38,5 y 39,5 - Leucocitos de 15 a 20,000  
por milimetros cubicos, peso rapida, sin Tomas loca-  
les mas intensos. Intervencion quirurgica.

3º Tipo. Apendicitis grave. Temperatura de 39 a 40,5 - Pulsos  
rapidos - Leucocitos de 30 y hasta 40,000 - Sin Tomas  
locales y generales agudizados. Intervencion rapida.

4º Apendicitis gravissima. Temperatura de 36,5-36 - ect.

1888

por bajo de la normal - no hay síntomas de reac-  
ción orgánica - (se trata de la llamada forma hiper-  
tónica) - la intervención no hace más que acelerar  
la muerte del enfermo -

En general ante un enfermo de Apéndice, emien-  
za por prescribirle dieta rigurosa, absoluta, alguna  
irrigación intestinal débil, sin traspasar la P. ilia-  
ca, y fomentos calientes con alguna sustancia an-  
tiséptica - creyendo más en la Influencia de la ad-

mas feroz humida caliente que en la Rebreñina antiseptica en esta forma -

Respecto al tubo amputado ha cumplido alguna vez en los numerosos casos de la estadística, curado la mayor parte sin necesidad de intervenir quirúrgica. no lo prescribe ~~nada~~ mas que nada, por las dificultades de ser aplicacion expertamente, para que llene la indicacion que en el se desea obtener -





D<sup>r</sup> Recasens. Creí puede indicarse el momento oportuno para operar algunas apendicitis, porque en todos los casos los enfermos ofrecen suficientes elementos de diagnóstico, para que pueda fijarse la ocasión propicia de intervenir quirúrgicamente.

Hay apendicitis simples, en inflamaciones de apéndice no muy importantes, que se resuelven favorablemente pero la repetición de ataques apendiculares indican una lesión orgánica que exige la operación.

En la apendicitis aguda la gravedad depende de lo que se determine en el peritonio.

Respecto a la difilitis y paratífilitis las excepciones y su producción obedecen a la disposición del apéndice que nace del ciego.

El aumento de presión en la apendicitis que se que da viva, no esperar a que se forme pus y por tanto no aguardar a cuando la curva leucocitaria pueda indicarlo. La peritonitis con perforación no puede diag- nosticarse sin abrir el vientre. El estado del pulso

es el que ha de indicar la intervención, debiendo operarse cuando no hay relación entre este y la Temperatura. Es decir que la indicación precisa de la intervención se depende de la observación del estado del enfermo, pero principalmente ha de buscarse en las condiciones del pulso y la Temperatura - la peritonitis no se diagnostica por el pulso pero se pronostica en el pulso y conociendo por el el curso de la enfermedad y lo que puede sobrevenir, de aquí que sea la piedra de toque para conocer por el si debe operarse o no el Triplismo (del simpático) ya no da grandes respiros y en cuanto al P.Koch, se va convirtiéndose en una fábula, pues en la mayoría de los casos, solo es accidente de operación no bien hecha -

D<sup>r</sup> Jirner - Su experiencia no le comprobaba la benignidad de la Apendicitis, por decir se cura el 95 por 100, sin intervención. Nunca debe considerarse benigna, pues aun las que tienen ese carácter muy marcado, suelen sufrir alteraciones en su marcha que comprometen la vida.

Cada caso de Apendicitis es variado y así que en el diagnóstico no caben determinaciones categóricas, inclinan más a la intervención cuando los fenómenos no mejoran en 48 horas. Reparto el periodo de enfriamiento como el más apropiado para la intervención.

Nº 1º de la Torre: Debido es cuantas variedades o matrices  
juntamente lo aprendidos en la practica y en cada uno de  
los casos han de variar las indicaciones.

En la forma llamada de aprendidos de repetición o de recordos  
en la que los ataques de intensidad distinta se repiten en  
intervalos variables, lo mismo fue en la aprendidos llamada  
comica no puede dudarse en intervenir operativamente.  
El momento oportuno? a los muy pocos dias de determi-  
nado el ataque.

Todos los medios y dirigidos comienzan y las estadísticas

lo demuestran, en que la apendicitomía es tanto mas grave cuanto mas en el ataque se encuentra el enfermo y por el contrario es leve practicada en finis. Nuestra tendencia ha de ser constantemente a' operar en finis.

Ahora tenemos ante un enfermo con Apéndice; ¿que quiza ha de ser la nuestra para formar una u otra determinación - ?

Una vez diagnosticada y la intensidad que tiene, averiguar las resistencias del enfermo y el daño sufrido por el organismo en la infección -

Pero recordando que esta impresión que sacamos

de conjunto su enfermo observado puede a veces inducir  
 no a errores, señala hechos mas positivos y concretos -  
 Hay un tipo de apendicitis - poco frecuente - que se  
 inicia por los síntomas corvicos, con intensidad mediana  
 Al 3° y 4° dia se encuentra la orina oscura y escasa -  
 los vomitos se hacen hemáticos y sin embargo el esta-  
 do local no ha mejorado visiblemente - El analisis  
 de la sangre da 60 - 40 centesimas de hemoglobina, la  
 leucocitos es escasa - La infección orgánica es poco  
 profunda las defensas deficientes, la intervención

es urgente - Ventajas: hace terminar la absorción septica con la extirpación de foci y despierta las defensas orgánicas con el Traumatismo -

Otro tipo es el reverso de anterior - Puntos alarmantes, examen de la sangre, 70, 80 y aun 90 de hemoglobina, leucocitos abundante (de 15 a 20,000) Hay infección grande pero defensas de importancia - El ataque, aunque intenso es soportado por el enfermo - Tratamiento apropiado para esperar el enfriamiento o apagamiento de los fenómenos y juzgar después lo mas conveniente -



Respecto a la inter vención en fin a d. otros a la  
 forma aconseja practicarla 1º cuando pasado tres o  
 mas meses de un primer ataque, permanezca un  
 tiempo fijo en la región. 2º cuando el enfermo  
 queda en molestias - dolor a la presión, trastornos in-  
 digestivos o gastritis reflejos. 3º cuando el 1º ataque  
 padecido fue de forma hipertensiva o muy grave aun  
 siendo la curación completa, por la duda respecto a  
 la recaída. Y por último cuando los endios de  
 vida, del enfermo lo poniente a nuevos ataques lo exigen -

D<sup>r</sup> Cervera - Siendo una afección que se sabe como en  
 píra, pero no como terminara, nada debe afirmarse  
 respecto del porvenir de los enfermos que la padecen.

He empleado dos clases de tratamiento el médico y  
 el quirúrgico. Los medios médicos son: quietud - dieta ab-  
 soluta, aplicaciones locales de hilos opio e iódico. Estos  
 medios los he prescrito en las apendicitis simples  
 y en peri-apendicitis plásticas. Debo hacer mención  
 especial del iódico por los efectos observados en su uso  
 ; resuelve admirablemente las peri-apendicitis plásticas -

En todas las apendicitis supuradas y las complicadas de peritonitis generalizada, salvo las septicas debe emplearse el tratamiento quirúrgico.

El apéndice debe extirparse cuando para ello no haya necesidad de penetrar en la cavidad peritoneal o se trate de peritonitis general con perforación, siempre que se pueda efectuar rápidamente.

¿Cuándo debe intervenir? Las indicaciones surgen del diagnóstico - diagnosticado pero no debe diferirse en momento la intervención y mucho menos si hay peritonitis generalizada - en las crónicas de recidiva la operación es obligada y debe procurarse al tercer ataque -

D<sup>r</sup> Gutierrez. Cree que en el tratamiento de la apendicitis puede haber un error cometido. Los casos por el observado, sostienen su opinion en favor del tratamiento medico en un primer ataque y en favor de la intervencion quirurgica cuando el ataque se repite, no pensando a' que sobrevenga la perforacion ni otras complicaciones. Esta doctrina se confirma con mas frecuencia en los niños sorprendidos a veces en sus juegos por el dolor apendicular y que despues de restablecidos al momento o antes se repite el ataque. En tales casos es preciso proceder a la extirpacion del apendice, aunque no

haya fiebre alta. fleumón apendicular ni supuramiento  
por que estos ataques pueden proceder de causas auto-  
nucas. aconseja la intervención en los casos de apen-  
dicitis sencilla luego ataques de sepsis y termina  
afirmando que si hay supuramiento, lesiones apendicu-  
lares inflamatorias y síntomas de sepsis debe  
intervenirse -



Dr. Pánuco. El estudio de la apendicitis nació en la mesa de operaciones, fue estudiada en todos sus períodos y todas sus lesiones: en el enfermo y en motivo de las intervenciones en abdomen, los médicos reconocieron la bondad de la operación para su tratamiento y algunos hasta la creyeron necesaria: Fuero por lo tanto todo el carácter que rompiese que pudieran dudar aún los más entusiastas de la cirugía: pero pasan los años, los médicos disminuyen sus entusiasmos por la operación y lo mismo los que preguntan cuáles son las condiciones propias de la intervención

Explican esta menor frecuencia, a que los operados de apendice comen mas riesgo de lo que ligeramente se afirma, viendo los medicos frecuentemente enfermos de bastante de aquel estado que sucumben despues de la operacion.

Y a mayor abundamiento, en todos los paises se recogen numerosos hechos de extirpaciones de apendices dando reputados como enfermos. Inoportunidad de extirparlos al fin de las cosas y los riesgos de la operacion, no tienen mudado siempre explican el diferente aspecto de la Terapentica de la Apendicitis. Insiste en que es.

preciso primero diferenciar la difteria y apendicitis, y se  
 da de la difteria reconocer la lesión apendicular y formar  
 los juicios de tratamiento que esta exige - La apendicitis  
 llamada catarral fue dura 6 u 8 días, mejorando desde los  
 primeros de una sin intervención quirúrgica - Desde el  
 6.º al 8.º día si no hay alivio, está indicada la operaci-  
 ón puede juzgarse solamente por el pulso, sino por todos los  
 demás síntomas abdominales - Por último cuando los me-  
 dicos vean todavía mas expeditos en las intervenciones apen-  
 diculares, disminuirán las reservas que existen para aconsejar la  
 Intervención

---



D<sup>r</sup> Mariani. La intervención quirúrgica en apendicitis no está sujeta a reglas metódicas pero cada enfermo habrá un momento en que la aplicación sea oportuna; en las apendicitis según la resistencia y las condiciones encontradas les habrá o no que operar. La apendicitis se cura el 95 por 100 de los casos con medios farmacológicos, pero hay otros en que se debe estar prevenidos para intervenir en un momento dado como sucede en las apendicitis agudas con perforación y aún estas mismas pueden curarse en el ataque si bien el médico y el cirujano deben pensar

en que desaparecen los cuerpos extraños, cuando las circuns-  
tancias lo aconsejen -

Después a las perforaciones de apéndice no son todas iguales;  
en el apéndice lo regular es que el proceso septivo siga la  
marcha de todo envuelta, penetrando parcial que determina  
una inflamación exudativa, que forma barrera alrededor del  
entramado, produciendo una penetración que no es necesariamente  
mortal. Si no existen síntomas de apendicitis generalizada debe esperarse  
a operar en frío, mientras la asidua observación de enfermos no aconseje  
lo contrario; cuando se opera en frío es cuando se ven perforaciones  
que no han ocasionado la muerte. El índice leucocitario es un  
signo característico para decidir la intervención, cuando faltan otros -

D<sup>r</sup> Cortez. "Uno de los operadores que figuran en 1.<sup>a</sup> línea en esta de la Apendicitis, dice - que cuando esta enfermedad es aguda, puede tratarse por procedimientos medios obteniéndose un 99 por 100 de curaciones (que son las cifras dadas por Lauenburg) y que entre los operados en los ataques agudos se produce una mortalidad de 16 por 100. Si se tratase de un simple problema matemático estaba resuelto, pero no se trata de números sino de seres vivos - Cree que no hay apendicitis benigna ni maligna, pues la gravedad no es más que una complicación de la primera. La apendicitis, cuando se presenta como enfermedad, no es cuando parece el

apendice, pero cuanto hace parecer al peritonio. En los  
 casos de apendicitis circunscrita ¿intervienen principalmente  
 las oportunistas? Los casos de apendicitis determinada por  
 obstrucciones fecales en el doblar siguiente del colon des-  
 de curan con la administracion de aceite de ricino.  
 No cree que el gran simpato no deba preponderar en algunos  
 casos, por ser responsable de la extraordinaria aceleracion del  
 pulso. En cuanto a el tratamiento llamado medio que  
 cura algunos apendicitis no es empirico. La medicina  
 general emplea los tratamientos que usa por una serie  
 de razones y fundamentos cientificos de quejala se pudiera

disponer en todas las enfermedades.

El frío y el reposo nadie los ha rechazado, y la dieta es porque la introducción de todo alimento es un estímulo para el movimiento intestinal. Nunca hace aplicaciones de hielo y prefiere las aplicaciones calientes para producir la hiperemia artificial, con el fin de que el peritonéum forme una barrera alrededor del sitio inflamado y si hay la creencia fundada de que esto se verifica en aquella región, más frecuente, la operación quirúrgica es un verdadero objeto. En las apendicitis supuradas, en contra de la tendencia de los cirujanos modernos, opta por la operación

D<sup>r</sup> Cortezarena. El enfermo clínico es el mejor para resolver las dificultades en la práctica y de su olvido nace la vacilación y poca seguridad de juicio en las cuestiones que se suscitan, acudiendo a la relación de casos prácticos casi nunca ni aun semejantes, aunque tengan parecido. Es difícil en apendicitis dar reglas para el momento de la intervención el ocasio proceps está siempre vigente y el tema difícil de resolver.

Cuando el organismo del individuo no expresa alteración muy grande, se puede esperar la acción

de los medios permanentemente medros -

Respecto a el diagnóstico corresponde difícil si no se observa mucho y detenidamente pero cuanto a diferente éxito de las operaciones - aparte de las condiciones individuales, recuerda la influencia de plexo solar en los colicos o enteralgias; que en momentos inesperados los enfermos se agravan y mueren por deficiencia del Triplavio -

D<sup>r</sup> Espina..

Posterior que ningún medio puede hacer oposición sistematizada a la regla de ir a buscar el pus

Desde el nacimiento, aun en los mismos centros nerviosos -  
 Los estudios de fisiología han conseguido corregir la exage-  
 ración en la alimentación carnívora, la alimentación  
 de los niños etc. volviendo las apendicitis graves del siglo  
 pasado a hacerse benignas y con mas la reacción a la  
 expectación armada, dejando evolucionar el proceso; pero  
 si existen colecciones purulentas, hay que intervenir.

### D<sup>2</sup> Muertes

Cree debe establecerse una división entre las  
 apendicitis simple y complicada que se presente luego.  
 manteniendo el enfermo en ambiente sepius para



impedir el movimiento de los intestinos (?): el opio como  
 calmante, el lavado del estómago si los vómitos son muy  
 intensos y las inyecciones de suero para sostener las fuer-  
 zas del enfermo, en general ha visto ceder los síntomas,  
 mejorar al enfermo y curar a los diez o doce días, lo  
 cual puede decirse que el empaquetamiento o persiste solo  
 muy ligeramente o ha desaparecido y en estas condiciones  
 se libra al enfermo de una operación que tal ~~enfermo~~  
 una laparotomía y una resección de apéndice que  
 es Tan baladi, dada el sitio en que está colocado.  
 Y que cuando se afecta el peritón, el peritón lo

llevarnos a temperatura, la facie y el dolor provocado  
 todo esto indica que ya se está en presencia de una  
 peritonitis peritonea hay que operar.

La observación del apendicitis debe ser en forma  
 para obrar según las indicaciones.

Por cuanto al índice leucocitario debe considerarse  
 como un síntoma más. En resumen: la apendicitis  
 tiene un diagnóstico medio en el cual cuando  
 otros enfermos nuestras otros necesitan de la intervención.

Con frecuencia se ha de ser resultado de una observación  
 atenta al pulso, temperatura, estado de composición de la  
 cara, dolor espontáneo e índice leucocitario.

D<sup>r</sup> Codrón. Mientras no haya un medio para conocer con exactitud el momento preciso en que debe intervenir la cirugía, en los apendicitis no cabe más que dos extremos o la operación tan pronto como se diagnostique o esperar en todos los casos y solamente determinar la operación en circunstancias conigadas. En práctica se ha enseñado que se curan las apendicitis sin operación, pero que desde el punto de vista distal y tener, tendrían que operarse todas, por no poderse diagnosticar el momento oportuno de la intervención.

Dr. Merqueta. En los individuos que por neurastenia, alcohólicos u otras causas no están al fin simpáticos en estado normal no deben ser operados. No reaccionan y lo probable es que mueran. Esto demuestra que al pulso no debe darse una importancia excesiva. Toda apendicitis con peritonitis y supuración debe operarse. Cuando el niño se presentan depresiones bruscas y erupciones hay que intervenir inmediatamente. En caso de perforación o supuración debe operarse al principio de las apendicitis agudas.

## Ligera Crítica de algunas de las ideas expuestas

Al Dr. San Martín.

El que en la Clínica de Lob., las intervenciones hayan aumentado en los últimos años, no contradice en nada la reacción manifestada en todos los países en contra de la intervención en caliente.

En el último Congreso de Cirugía francés se ha demostrado esto mismo, habiendo solo algunos partidarios de la intervención precoz es decir en las primeras horas de manifestado el ataque, cosa como se comprenderá imposible en casi todos los casos. Y lo que decidimos en

Impreso francés me es otra cosa que las declaraciones de los  
 Cingaleses hace algun tiempo. Pero solo en Francia.  
 Louis Champagnier, de oportunista, se ha cambiado en  
 intervenciones más sabidas - pero una manifestación de la  
solidaridad en esta ocasión, no dice nada en contra de  
 la opinión mundial.

En el 1º punto "la epidemia carece de tratamiento  
 medido" sentencias también discrepan por completo de la  
 opinión de tan ilustres maestros. Pero fuera bastante  
 a demostrar lo contrario, lo que el Dr. San Martín da  
 tanta importancia "las estadísticas" de miles de enfermos

curados, pero completa, perfectamente, sin necesidad de intervención, no bastará relatar la patogenia de los síntomas apendiculares y después la acción terapéutica de cada uno de los agentes empleados, opio - dila est: para combatir los tumores. No escusará sea la ocasión para tales diferencias - cuando en cualquier tratado clásico puede verse. Que estos agentes llegan tarde, por la fuerza avasalladora de la infección e intoxicación, ¿prevenirán toda reacción orgánica? entonces el linfoma

o el mismo medio - (como dice el Dr. Pan Martin) cuando las experiencias hayan llegado a un grado mas perfecto, emplea otros recursos mas violentos, los indicados para combatir al enemigo fuerte - la intervención.

En cuanto a la interpretación de las estadísticas lo mismo en sentido colectivo que en individual, dan siempre sobre este asunto una conclusión. Lo ilógico y fatal de la intervención en toda la mayoría de los enfermos apendiculares.

Y respecto a la comparación de



la apendicitis en la hernia, ni la histología, ni una forma patológica apendicular, confirman casi nunca esta analogía.

Y por último operar cuin enfermos de apendicitis, para tener el albur de salvar el cinco por ciento. Cuando la mortalidad en la operación en cabiente es de veinte por ciento propiamente, no creemos sea lo más lógico operar de los mejores deseos de disminuir la mortalidad de apendicitis, en el momento y sitio Cien años -

Al Dr. Ribera - No creemos pueda sentarse categóricamente la indicación cuando hay adherencias. Trabajo que demuestra el poder del peritomeo, su victoria en la lucha contra la infección. Observar si, cuidadosamente la evolución de las lesiones para estar pronto a intervenir, pero no inutilizar esa obra defensiva, exponiéndolos además a adquirir lo que la naturaleza avisa, para reabrirse sería más tarde, con grave perjuicio para el organismo por sus condiciones en favor de la esterilidad.

Otro punto - El diagnóstico de lesiones anatómicas, que-

2a no será posible, pero el interesante, el clínico, el  
 que nos da las verdaderas indicaciones; el análisis  
 de la sangre y las demás sustancias por el bien  
 conocidos y todos enumerados, son la guía en estos casos.  
 Por último - que la regla sea "la tendencia al abceso  
 a extenderse" será en determinados organismos, no en  
 todos, salvo prescindir de leyes bien cimentadas por  
 la práctica. Y en cuanto a la intervención en los puntos  
 más ayudados, ya nos ocupamos de ello en otros capítulos.

Dr. Recasens. En primer lugar la repetición de ataque  
no exige siempre la operación...

¿Si no espera a la formación de pus, indicada por la curva  
leucocitaria, pues serán los enfermos que dejará de operar  
¿guiado por que síntomas? ....

El pulso más suficiente, ni mucho menos para indicar  
la intervención. Para no repetirlo, remitir al lector  
a el capítulo de "Pulso y Temperatura".

Respecto a la excepcionalidad de las difterias, he descendido  
al Dr. Recasens. en primer lugar la tenía bastante

estendida y defendida por Harling" de que la apendicitis no  
 es mas que un catarro del ciego que se propaga al  
 apendice y seguida de retencion de las secreciones de este  
 organo. Y ademas, la frecuencia de la tuberculosis del cie-  
 go - propagada al apendice, que ha hecho decir a mu-  
 chos autores en vista de la enorme proporcion de estos  
 casos, que todas las apendicitis cronicas son Tuberculosas.  
 y secundarias a la primaria del ciego.

Tampoco podemos admitir lo de que la "peritonitis con  
 perforacion no puede diagnosticarse sin abrir el vientre

por estar indicado y demostrado lo contrario en las opiniones  
del Dr. Rivera, nos abstenemos de insistir en ello.

Y en cuanto al Iodo, será todo lo probable que porque el  
Dr. Recasens, por los casos aunque aislados, no dejan  
de demostrar de ver en cuanto, la influencia de  
esa cadena nerviosa colocada para algo, y aunque  
de funciones no muy bien enviadas en este punto  
por sus compuestos, de acción indudable, en casos donde  
no puede invocarse el "falta operación" no estuvo bien  
hecha".

Al Dr. Gimenez. Se han considerado y se consideraran de  
 iguales, todas las apendicitis cuya intensidad, cuyos sinto-  
 mas y curso rapido, responden a este apellido de  
 benignidad. Todas las que tienen este caracter muy  
 marcado lo son; ahora bien en las otras que dice  
 el Dr. Gimenez se "producen alteraciones en la marcha  
 que comprometen la vida" es seguramente o que bien  
 auxiliadas no hubieran resultado verdaderamente benignas.  
 o que siendo realmente, evolucionaron hacia otra for-  
 ma - grave, apellido nuevo que las distingue de las  
 primeras. El no mejorar los sintomas en 48 horas no es

motivo serio de intervensión, sino se trata de permitir  
 las generalidades propias especial y perfectamente destina-  
 das como complicación ulterior, no como primera  
 fase, es decir lo que pueden manifestarse en  
 general en las 48 primeras horas de un ataque  
 apendicular -

El período de intervención "es el más apropiado para  
 la intervención" en algunas, no en todas las Apéndices  
 tis.



230

Al Dr. Ortíz de la Torre. El momento que es. Fui a oportuno para intervenir en las apendicitis de repetición, crónicas de "a los muy pocos días de terminado el ataque," a mis juicios necesita una aclaración: A los pocos días, cuando el ataque ha sido benignísimo, no de intensidad cualquiera como parece indicar el Dr. Ortíz de la Torre: pero si hubo grandes lesiones, se expone con el tranquilismo a encender fuego aun apagado, quita en camino de extinguirse. para entonces si se juzgare necesario, hacerlo.

D<sup>r</sup> Cervera. "La apendicitis se sabe como empieza" y observada cuidadosamente - ha ser posible con mayor atención que las demás enfermedades - su evolución nos indica su terminación probable. La riqueza de sus formas, algo significa al lado de la excepcionalidad patológica que muchos le atribuyen.

No creemos pueda establecerse la regla de intervenir en todas las supuradas. En las crónicas que apuntamos en otro lugar - se ven la necesidad de ella.

En cuanto a la extirpación del apéndice, en casi todos

Los casos - en que no limitándose a punción o excisión del  
 fero, - se practica una laparotomía, debe hacerse; dejar  
 lo, quizá con lesiones que no podemos ver y que nos van  
 a dar al poco tiempo síntomas nuevos, es hacer correr  
 al enfermo, nuevos peligros y ponerle en condiciones  
 de una nueva operación, que no aceptará en mu-  
 chos casos. Una incisión amplia, una asepsia rigurosa,  
 y una discreta rapidez manual, son la salvaguarda de el  
 cirujano - (que por algo la cirugía se simboliza con el ojo  
 en la mano) pues lo que es la justificación de su  
 proceder al extraer un órgano enfermo, verdadera indicación de la  
 operación practicada

Al Dr. Gutiérrez. Con el criterio, de este ilustre ginecólogo, -  
 fue no aceptando - quedaba resuelto en un momento el  
 antiguo problema de la intervención en apendicitis -  
 "abstenerse la vez primera, y intervenir en el 2º ataque"  
 Cuantas veces en primer ataque - {y aquí sí lamentamos  
 de veras la falta de estadísticas detalladas y completas -  
 en que seguramente se veía la verdad de nuestra hi-  
 pótesis} al 4º al 8º al décimo día puede requerirse la  
 intervención. Es más, abundando un poco en la etiología  
 en su relación con la producción de los ataques, se ve que

En general los que se repiten frecuentemente son los más benignos, por que la causa que los produce es ligera. Las náuseas, muchas retenciones del apéndice ciego que desaparecen (fácil, seguramente para aparecer de nuevo), en cuanto se consigue la dieta, el reposo, y se puntan las condiciones de su producción. En cambio, un ataque apendicular por traumatismo directo lo que es muy raro, o por infección grave secundaria, lo que a veces tanto, será quizá un caso como la causa que le produce, pero en ambos casos en

intensidad guardará relación con la violencia, la fuerza  
transmitede en el primer caso, con la índole de la infe-  
cción, en el 2º, pero siempre de mayor importancia  
de lo que en los anteriores casos están.

Véase como para resolver el problema del tratamiento.  
Pero no es otro el de la indicación de que los estanos  
ocupando, hay necesidad de recurrirse a la primera  
primera, para ir después por deducciones sucesivas  
descendidas, al final. principio y final que solo se  
solucionará acertadamente en la Clínica - en el enfermo.

En los niños - no fue de refiere a D. Putnam - muchas veces  
 al 2º o 3º ataque desaparece esa tendencia, por lo bien  
 observada, a los dolores apendicéales, que no hace justificá-  
 ble según él a la intervención -

Precisamente en las condiciones de evolución, del crecimiento,  
 es donde hay que buscar la explicación de esa desaparición  
 de dolores apendicéales, mas que verdaderos apendicitis - que  
 muchas veces no vuelven a dar mas síntomas en toda  
 la vida -

Al Dr. Cortez. No parece bien la intervencion en las apendicitis supuradas. Pero no como regla general; no debemos de repetir lo dicho anteriormente -

Al Dr. Codina. No existirá un medio a o b que indique, pero existen una serie de síntomas, que reflejan el estado local, la marcha de las lesiones y, y el estado general. el modo de impresionarse y reaccionar el organismo frente a ellas, otros - y todos, nos indican casi a golpe seguro cuando debemos intervenir y cuando abstenernos -  
Y de acuerdo con esto, se curan con



Operación Técnica y prácticamente, las apendicitis curables,  
por poca intensidad en la afección o grandes energías contra  
ella y requieren la intervención Técnica y doctrinalmente  
las que están en condiciones distintas a las citadas y  
que no hemos de repetir al impreso.

---



## Conclusiones

Primera. Los Formos de Intervencionista y abstencionista que nacen con idea de sistematización, no deben ser admitidos en Apendicitis.

Entre nosotros no se emplean lo queda un alto concepto de nuestro sentido clínico.

Segunda. La gravedad de la Apendicitis depende, de la virulencia de los agentes microbianos y de la resistencia local y general del organismo afecto.

Tercera. Los síntomas que retratan mas fielmente la manera de sufrir el organismo la enfermedad, proporcionando las indicaciones son: el pulso, la temperatura y el analisis de la sangre. de otra, el estado del abdomen, facies, eructos, vomitos etc.

Cuarta. La discordancia entre el pulso y la temperatura es mal signo pronóstico - en general indica la tendencia de la peritonitis a que se realice -

Quinta. Existen muchas apendicitis en que el pulso y la temperatura no tienen nada de alarmante, y sin embargo los fenómenos de intoxicación séptica determinan la muerte del enfermo.

Sexta. Esto indica, fue sin contar al pulso y temperatura el valor adquirido por una larga constancia, debiendo no ser exclusivistas en la sintomatología, analizando y uniendo todos los síntomas base de la indicación terapéutica.

Septima. El análisis de la sangre repetido y completo (curva leucocitaria) puede ser en muchos casos utilísimo para sentar las indicaciones; la cifra de hemoglobina significa la intensidad de daño causado por la infección.

la leucocitosis, la reacción del organismo contra ella.

Octava. Leucocitosis intensa y permanente indica pues - pero si existen eosinófilos en buena proporción y hemoglobina por encima de 70, centesimos, que se espere la resolución - observando atentamente - sin necesidad de intervención.

Novena. Leucocitosis nula en afecciones graves por los demás síntomas, indica falta de reacción - debe intervenir rápidamente por si se despertasen energías peritoneales con el traumatismo.

Decima. Leucocitosis poco elevada o en elevación pasajera, con eosinófilos, aunque temperatura esté elevada, no indica intervenir; si persiste en cifras altas y los eosinófilos faltan la intervención se impone.

Undécima. El análisis de la sangre es un síntoma mas, útilísimo cuya técnica debería difundirse, en Apéndice - por ser en algunos casos el único síntoma, indicante de la intervención o abstención.

Decimaseisima Las pentonitis generalizadas apendiculares son muy variadas: en todas las formas puede existir adherencia, pues la puesta del podo defensivo del peritono, puede producirse la evagin espontanea, por esterilidad de los abesos y abocion consentiva.

Decimaseptima. Nuestra tendencia ha de ser - puesto que existen sintomas que indican su generalizacion, entarta a todo France -

Decimaoctava. Si se trata de verdaderas pentonitis generalizadas debe intervenir en cuanto se diagnostiquen - si no se trata de pseuditis en Tifolia -

Decimanona. La conocida formula de "no se encuentra el apendice" no es otra cosa la mayoria de las veces, que el descubrimiento de un error: el apendice se encuentra siempre, pues aun en los casos de amputacion, se ve en el punto de insercion en el ciego un muñoncito mas o menos grande, una multitud restos de apendice amputado por el proceso gangrenoso.

Decimo sexta. Las estadísticas que existen - incompletas, y todo han servido para servir las cuentas de la Intervención sistemática; la morbilidad para los operados en caliente es de más de 20 por 100 - para los tratados sin intervención (en las mutas) por más de 2 por 100.

Decimo septima. Además, los casos de accidentes graves (perforación general, gangrena del Apéndice, vomito negro) son muchos más frecuentes en las estadísticas de los partidarios de la intervención, que en las de los opositores, lo que demuestra el valor de los remedios usados para evitar dichos accidentes.

Decimo octava. La Intervención en frío, así como el tratamiento de los abscesos se operan todos los enfermos apendicitarios, y en todos los momentos de su enfermedad.

Decimo novena. Esta intervención - que también se practica sin

temáticamente como antes la interacción en caliente, tiene sus indicaciones basadas en hechos clínicos y de índole social.

Vigilancia - No deben confundirse los estados crónicos apendicíticos (verda-  
deras apendicitis crónicas), con la Apendicitis crónica secundaria  
a crisis agudas.

Vigilancia 1ª - cuando se somete al enfermo a un tratamiento ordenado y  
los síntomas desaparecen por completo - no hay que pensar en  
la intervención.

Vigilancia 2ª - Si se trata de crisis continuas, que se espacian agra-  
vando el estado general, y el tratamiento médico no tiene

da sólo remisiones momentáneas, la intervención en los estados crónicos de insomnio, con extracción del apandice.

Vigilancia Terapéutica. La apendicitis en fin, es una enfermedad como tantas otras de ciclo indefinido: la intervención no puede estar sujeta a reglas fijas, es incognita que resuelve el médico en los datos datos que lee en ese libro clínico admirable que se llama "enfermo".

Hemos Terminado.

Nuestra mayor satisfacción sería, haber interpretado las enseñanzas recibidas en tiempo no muy lejano a los



246.

líneas que me enseñan, en el sentido Clínico, por donde  
me guiaré en la Ciencia médica.

Y Terminaré estas líneas, solicitando una vez, más, de mis  
queridos maestros, su inagotable benevolencia para conmigo

Madrid. 24 de Diciembre de 1908

Daniel Sánchez de Rivera y Morón

## Bibliografía

(248) 1

- 1 Avelino. G. Buenos Aires - Poder defensivo del peritoneo etc. Rev. 46. An. de Ginec. y Obst. 1900 p. 423
- 2 Arrieta - Caso de peritonitis curada etc. - Siglo médico 1893 -
- 3 Auvozy - Diagnóstico de la Apendicitis - Actualidad médica - 1904  
Nath. Nanthue
- 4 Barling. Apendicitis - Abstracción médica Inglesa - Sesión 28 Julio 1892
- 5 Bourquet - Tratamiento de la Apendicitis - Rev. médica de la Suisse romande  
20 Noviembre 1902
- 6 Bourc - Presse médicale - Mayo 1907 y  
Traité des maladies de l'enfance
- 7 Botroff. de la Apendicitis y su Tratamiento (sociedad de médicos Buenos Aires)  
German. med. 1896 -
- 8 Bowca. L'appendicite 1900 - Naitie Naitie
- 9 Blassberg. Wiener Klin. Woch. 20 Noviembre 1902 -

- 10 Cervera - H. Lubero - *Hiperalgias apendiculares* - Rev. Ibe. Am. d. Ci. med.  
1906. pag. 355

*Apendicitis* - Comunique al Conf. Hisp. Portugal - 1898

- 11 Castello y Douper - *Apendicitis*, sus complicaciones y curacion - *Revista*  
12 Cortero - *Intervencion quirurgica de la Apendicitis (diversas)* Rev. de med. y cir.  
sus caracteres - mayo 1908 -  
13 Codina - Id. Id. Id -  
14 Cortegans - Id. Id. Id -  
15 Coria S. G. - *La ablacion del apendice caudal* - *Revista* 1907  
16 Cassin *Comunicacion al Congreso f. de cirujia* - *Pen. med.* octubre 1908  
" *Des indications operatoires fournies par l'examen du sang*  
dans l'appendicite de l'adulte - *Rev. de Chirurgie* pag. 672-1902  
" *De la lincryptosis dans l'appendicite* - *Pen. med.* 6 mai 1903  
17 Clauzet - *Intervencion quirurgica en la cecocolita* - *Rev. de Chir.* 1902. jun  
18 Curschman - *Berliner med. Woch.* 1901 - n. 48 - 49

- 19 Chapoyron - " Contribution à l'étude des péritonites générales - Thèse de Paris 1908
- 20 Collet - Précis de Pathologie Interne - 4<sup>me</sup> édition pag<sup>e</sup> 920
- 21 Courtois - Inflammations des Intestins - Traité de méd. de Charcot -  
Tome III - pag 434
- 22 Debet - Remarques sur le cas d'appendicite - Rev. de Chir. Décembre 1901
- 23 Lile Joff - Pathologie Interne -  
Leçons Cliniques au Hôtel Dieu - 1898-99 -  
Dull de l'Acad. de méd. - 1903 -  
Rev. de Chir. Avril 1906.
- 24 Swald - De l'appendicite larvée -  
25 - Exposé - brièvement l'appendicite - Rev. de méd. & chir. Pratiques - Juin 1908
- 26 Galliard - Appendicite - Traité de méd. & Therap. - Nouvelles - Tome IV - p. 998.
- 27 Guinier - (discussion sobre l'intervention chirurgicale) - Rev. de Méd. & Chir. Pratiques -  
Juin 1908
- 28 Guinier - W. W. W.

- 29 Henegou - W. W. W.
- 30 Huertas - W. W. W.
- 31 Hayem - Sur l'apoplexie de l'examen anatomique du sang du dia-  
gno- et maladies - Courtes. Rendus. Acad. D. Soc. 1881 - p. 89.
- 32 Julliard. Valeur chimique de la courbe leucocytaire etc. Rev. de Chir. 1904 - pag. 673 - y 668.
- 33 Jolequier - Traité de Chirurgie - Duplay Reclus. Tome VI - 1888.
- " Revue de Chir. 1900 -
- 34 Kraff. (de Lonsanne) A opéré y la apendicite. Rev. de Chir. 1903 p. 448
- 35 Marianni - Discussion sobre Apendice - Rev. de Med. y Cir. Practica - Julio 1908
- 36 Mowat y Ramsay - Le apendicite. Trad. del D. Loran - Cir. Topica  
1908
- 37 Metchnikoff - Helminths y Apendicite. Rev. de Chir. 1901 - p. 707
- 38 Matar y Milano - Hecho diagnóstico en cinco. Tesi Doctoral

- 39 Marchal - Rev. de Chir. 1900 pag. 444
- 40 Melaton - Bull. de la Soc. de Chir. 1894-1896-1902
- 41 Morel-Journaud - Discussion sur le traitement de l'appendicite Rev. de Chir. 1900 - pag. 120
- 42 Lancet - La température et le poids dans quelques appendicites aiguës -  
Hôpital de Paris - 1906
- 43 Letulle, Munkberg - Traité des maladies de l'estomac et l'intestin pag. 788
- 44 Langue Lavastine - Lesions phibie de l'appendicite. Soc. med. des Hôp 1901
- 45 Gayet - Les notions leucocytaires locales et générales dans l'appendicite  
Bull. Soc. Anat. Paris 1901
- 46 Langue Lavastine - Appendicite et urino phibie - Bull. Soc. Anat. 1900

(6

- 47 Hamelougue - Nouveautés de l'appendicite: sa fréquence - Rev. de Chir. Août, 1901
- 48 Lam y Land - Bactériologie de l'appendicite - Rev. de Chir. 1902 - p. 607
- 49 Oster de la Tour - Les Indications opératoires en les Appendicites. Rev.  
" Ybe. Ann. de Chimie Médica - Tome XVII. p. 92  
" Rapport au Congrès de Chirurgie de Bruxelles
- 50 Poirier - Rev. de Médecine - Tome II - 1900 Octobre
- 51 Paul Regnier - Revue de Méd. 1900
- 52 Pla' d' Appendicites suppurées. (Faceta med. de la Habana 1893)
- 53 Pierre Delbet - Appendicite et Salpingite (Leçons du Hotel Dieu - Paris 1899 -)

- 55 Péquari - Bull. de la Soc. de Chir. 1903 -
- 56 Patel - Soc. de Chir. de Syri - de mayo 1907
- 57 Pothierat - Rev. Chir. - Avril 1905
- 58 Jurem. Bull. de la Soc. de Chir. 1898-1899.
- " Acad. de med. de Paris - Juin 28 Juin 1893 -
- " Bull. et mem. de la Soc. de Chir. Paris - Mai 1902
- 59 Becarens. Ordonn. sociale d'hygiène - R. A. de m. de m. Rev. de Med. p. Chir. Pratique  
Juin 1908
- 60 Renon - Le Bull. med. 1898
- 61 Rouhier - Bull et mem. de la Soc. de Chir. 1899.
- 62 Roux - Congrès française de Chirurgie 1895 -



- 8
- 63 Ribera y Saur - Discurso de entrada en la R. A. de medicina, Madrid 1891.  
 " Historia Clínica de Patología quirúrgica (2º curso) 1904 - p. 197  
 " Instrucción al estudio de las laparotomías Congreso Internacional de Medicina XI - de Roma  
 " Discurso sobre Apéndice - Rev. de med. y cirugía práctica - marzo a junio de 1908 -
- 64 Reber. Patología quirúrgica de la Apéndice aguda. Confer. al Congreso Alemán de cirugía 1901
- 65 Repplier - Comunicación al XIII Congr. Inter. de Med. París.
- 66 Retoul - Comunicación al Cong. franc. de cirugía 1904
- 67 Reclus. Presse med. 1905. Pathogénie de l'appendicite.
- 68 Robin - Rev. de Lenz. 15 Dec 1902
- 69 Reynaud. Semaine médicale, octobre - 1908

- 70 Rouhier - Appendicite. Rev. de Chir. 1904 novembre.
- 71 Reclus - Rev. de Chir. Juin 1893 - pag 99.
- 72 Rivina - (Sandher de) Etilogie y Patologia de la Appendicite por Pannenberg  
y Hauserman. Revista "Opal" 1908 - Mayo y Abril.
- 73 Sambo - Discussión sobre Appendicite - Actas de la Real. A. de Med. 1908. Marzo a  
Julio -
- 74 San Martin - Id. Id. Id.
- 75 Sprengel - Essai d'une statistique d'ensemble sur l'opération procece  
sans l'appendicite aigüe - Rev. Chir. 1902. p. 309
- 76 Silhol - Sur les caracteres anatomiques du sang dans les phlegmons  
des - Intes. Rendus. Acad. XL. 1880
- " Revue. de Chir. Juin 1901

- 110
- 77 Steuthal - Inflammation du Péritoine. *Trat. de Chirurgie - Bergmann.*  
Tome III p. 40
- 78 Sennertung. *Congress. Alleman. de Chirurgie - Avril 1901 - Communiqué - Mt. Appendi.*
- 79 Salomon - *Notas sobre a Appendicite - Therapeutica de Robind - Tom. 8*  
pag. 591
- 80 Femoni - *Bull et mem. de la Soc. Chir. Paris 1902*
- 81 Roué - *de l'appendicectomie préventive - Thèse de Paris. 1906*
- 82 Jernér - *de l'appendicite - Rev. de Chir. 10 Mars 1900*
- 83 Frozanoff. *Appendicite, Soc. de medec. russes. Presim 16 marzo 1893*
- 84 Villard. *Société de Chir. de Lyon - Presim 5 Avril 1900*
- 85 Wausermann. *Münchener med. Woch. 29. avril - 6 mayo 1902*

86 Weil - Précis de Médecine Infantile - 2<sup>e</sup> édition p. 419.

87 Walther - Des Troubles digestifs dans l'appendicite chronique -  
Rev. de Chir. 1900 p. 844

" Commun. au Cong. Français d'Hygiène - octobre 1898 -

" Revue de Chir. Tome 27 - pag. 127

88 Rienssen - Tratado enciclopédico de Patologia med. y Resp. Tomo II p.<sup>o</sup> 341

-  
Collecium de actas de la R. A. de medicina de Madrid - de 1908.

Fin

admirable  
R. Ferrer Miró

27 Enero de 1909

Verifiqué el ejemplar del frasco de Doctos  
y fui calibrando de sobresolapado

en la calle

Alfredo Rodríguez  
y Ferrer  
J. Ferrer



R. Ferrer Miró